

ACCORD COLLECTIF DEPARTEMENTAL
FRAIS DE SANTÉ DU 28 JUILLET 2009
DES EXPLOITATIONS DE
« POLY-CULTURE-ELEVAGE » DE LA MANCHE

CONDITIONS GÉNÉRALES SANTÉ

Edition janvier 2019

Garanties frais de santé

Référence : CG-Accord MANCHE – FS – 01.2019

SOMMAIRE

Table des matières

SOMMAIRE	3
PREMIERE PARTIE - DISPOSITIONS INTRODUCTIVES.....	4
▶ Article 1 - Objet et architecture des contrats	4
▶ Article 2 - Adhésion.....	4
DEUXIEME PARTIE - CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE.....	5
▶ Article 3 - Objet du contrat	5
▶ Article 4 - Durée du contrat - Renouvellement	5
▶ Article 5 - Conditions d'affiliation des Participants.....	5
▶ Article 6 - Entrée en vigueur des garanties du contrat collectif obligatoire – Suspension et conditions de maintien.....	6
▶ Article 7 - Cessation de l'affiliation des Assurés	8
▶ Article 8 - Maintien des garanties du contrat collectif obligatoire	8
▶ Article 9 - Assiette et montant des cotisations du contrat collectif obligatoire	9
▶ Article 10 - Paiement des cotisations du contrat collectif obligatoire	9
▶ Article 11 - Révision des cotisations et/ou des garanties du contrat collectif obligatoire	10
▶ Article 12 - Résiliation du contrat collectif obligatoire.....	10
▶ Article 13 - Recours – Prescription.....	11
▶ Article 14 - Réclamations – Médiation.....	12
▶ Article 15 - Contrôle de l'organisme assureur	12
▶ Article 16 - Dispositions diverses	12
TROISIEME PARTIE - DEFINITION DES GARANTIES.....	14
▶ Article 17 - Contrat solidaire et responsable	14
▶ Article 18 - Garanties frais de sante.....	14
▶ Article 19 - Risques exclus	17
▶ Article 20 - Fonds de solidarité.....	17
▶ Article 21 - Modalités de versement des prestations	17
▶ Les justificatifs à fournir par le Participant pour ses demandes de remboursement.....	19
POUR MIEUX SE COMPRENDRE.....	21
ANNEXE I : GARANTIES COMPLEMENTAIRES FRAIS DE SANTE - AGRICULTURE MANCHE	22
ANNEXE II : COTISATIONS FRAIS DE SANTE - AGRICULTURE MANCHE	26
L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE.....	27

PREMIERE PARTIE - DISPOSITIONS INTRODUCTIVES

► Article 1 - Objet et architecture des contrats

L'entreprise, ci-après dénommée « l'Adhérent » relevant de l'accord collectif départemental des exploitations de « polyculture-élevage » de la Manche du 28 juillet 2009, adhère au contrat d'assurance collective du régime frais de santé dénommée ci-après « contrat collectif obligatoire ».

Le contrat collectif obligatoire, conclu par l'Adhérent entrant dans le champ d'application de l'accord précité, est constitué des présentes Conditions Générales ainsi que du Bulletin d'Adhésion.

Il est souscrit par la personne morale désignée au Bulletin d'Adhésion auprès de « Humanis Prévoyance », Institution de Prévoyance régie par le Titre III du livre IX du Code de la Sécurité Sociale, dont le siège social est à PARIS (75014), 29 boulevard Edgar Quinet, dénommée ci-après « l'Institution ».

Les présentes Conditions Générales ont pour objet de définir les conditions d'adhésion des Adhérents ainsi que les modalités d'affiliation de la catégorie de personnel assurée au contrat.

La souscription, la mise en œuvre et la disparition du contrat est régie par les dispositions des articles L. 932-1 et suivants du Code de la sécurité sociale et de l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31

décembre 1989 ainsi que par les différentes dispositions légales ou réglementaires applicables aux opérations d'assurances régies par ce dernier article.

Les garanties du contrat ont pour objet le remboursement des frais de santé.

Le présent contrat est régi par les dispositions du Code de la sécurité sociale.

► Article 2 - Adhésion

Afin d'adhérer au contrat, l'entreprise devra retourner à l'Institution le bulletin d'adhésion, dûment rempli, daté et signé. L'adhésion est acquise à l'entreprise à la date d'effet indiquée au bulletin d'adhésion contresigné par l'Institution et retourné à l'entreprise. En tout état de cause, l'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Le bulletin d'adhésion susvisé accompagné des présentes Conditions Générales forme le contrat de l'Adhérent.

Pour le présent contrat, chaque salarié affilié est appelé « Participant ».

DEUXIEME PARTIE - CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE

► Article 3 - Objet du contrat

Les partenaires sociaux ont signé un accord collectif départemental en date du 28 juillet 2009 modifié (ci-après dénommé « l'Accord ») instituant une assurance complémentaire frais de santé au profit des salariés agricoles non affiliés à l'AGIRC, bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de 3 mois, relevant des exploitations de « polyculture-élevage » de la Manche.

Il est rappelé qu'il s'agit d'un accord autonome de la convention collective du 28 septembre 1970 concernant les exploitations de polyculture et d'élevage, les exploitations de cultures légumières et maraîchères, et les coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) de la Manche (IDCC9501).

Le contrat collectif obligatoire a pour objet la souscription des garanties de base obligatoires dans les conditions définies à la présente partie des Conditions Générales.

► Article 4 - Durée du contrat - Renouvellement

Le contrat collectif obligatoire expire le 31 décembre de l'année de l'adhésion. Il se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une ou par l'autre des parties effectuée par lettre recommandée ou recommandé électronique pour l'adhérent moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

La résiliation doit être adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste ou la date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique faisant foi. Elle ne prend effet qu'au 31 décembre de la même année.

► Article 5 - Conditions d'affiliation des Participants

5.1 Obligations de l'Adhérent

Conformément aux présentes conditions générales et à la délégation de gestion conclue par l'Institution au profit de la MSA, l'Adhérent devra obligatoirement :

1. Affilier l'ensemble de ses salariés agricoles non affiliés à l'AGIRC, bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de 3 mois, entrant dans le champ d'application de l'Accord, sous réserve des cas de dispenses d'affiliation.
2. Veiller au paramétrage exhaustif de sa DSN selon la fiche de paramétrage fournie par la MSA pour son contrat, si l'Adhérent entre dans le périmètre de la DSN.
3. Que l'Adhérent entre ou non dans le champ d'application de la DSN, il s'engage à communiquer à la MSA, sur support papier ou dématérialisé, la Déclaration d'Affiliation dûment renseignée par chaque membre du personnel appartenant à la catégorie assurée, selon les modalités prévues aux dispositions contractuelles existantes.
4. Déclarer à la MSA tout salarié qui, au cours de l'adhésion, entre dans les effectifs de l'entreprise, quitte l'entreprise (notamment suite à une démission, une rupture conventionnelle, un licenciement ou un départ en retraite) ou sort du champ d'application de l'Accord. L'Adhérent précise la date et le motif du départ ou de l'évolution. La déclaration doit être effectuée dans les 30 jours suivant le départ de l'entreprise ou la sortie du Participant du champ d'application de l'Accord.
5. Tant que les informations ci-après ne sont pas transmises par l'Adhérent ni traitées par la MSA par les flux DSN, l'Adhérent devra :
 - Déclarer trimestriellement, à la MSA par le biais des appels de cotisations, l'effectif des salariés affiliés au présent contrat ainsi que la masse salariale brute (si l'Adhérent a choisi d'assoir les cotisations sur tout ou

partie de la rémunération brute), ventilée par tranche soumise à cotisations sociales.

- Communiquer annuellement à la MSA, au plus tard le 31 janvier de l'année N + 1, un état nominatif annuel des salaires du personnel concerné par voie dématérialisée, afin de permettre l'ajustement des cotisations éventuellement nécessaire par l'Institution au cours du premier semestre de l'année suivante.

- Communiquer le formulaire type "Déclaration de portabilité" dûment renseigné et signé pour permettre le maintien des garanties de frais de santé au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

5.2 Information des Participants

L'Adhérent reconnaît avoir été informé par l'Institution des obligations qui lui incombent en vertu des dispositions de l'article L 932-6 du Code de la sécurité sociale, en sa qualité de souscripteur du contrat.

Conformément à ces dispositions, l'Adhérent s'engage à remettre à chaque Participant la notice d'information qui lui a été communiquée par l'Institution.

La notice définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que des délais de prescription.

L'Adhérent s'engage à porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications des garanties, notamment en leur remettant l'addenda modificatif de ladite notice ou la nouvelle notice d'information rédigée par l'Institution.

L'Adhérent est seule responsable à l'égard du Participant en l'absence de remise de la notice d'information ou de l'addenda modificatif de celle-ci.

La preuve de la remise de la notice d'information aux Participants et des informations relatives aux modifications apportées au contrat incombe à l'Adhérent.

5.3 Affiliation obligatoire des Participants

La signature du bulletin d'adhésion entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de l'ensemble des salariés de l'entreprise non affiliés à l'AGIRC, titulaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de trois mois, et entrant dans le champ d'application de l'Accord.

Ne sont pas affiliés au contrat collectif et obligatoire :

- **les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord d'entreprise étendu plus favorable ;**
- **les cadres et personnels relevant de la Convention collective du 2 avril 1952 et de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;**
- **les Voyageurs, Représentants et Placiers (VRP) relevant d'autres dispositions conventionnelles ;**
- **les salariés non affiliés à l'AGIRC titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égal à trois mois.**

Conformément aux cas de dispenses d'affiliation de droit et de ceux mentionnés dans l'Accord, certains salariés ont toutefois la faculté de ne pas adhérer au contrat collectif obligatoire, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de l'Adhérent. A défaut de renonciation écrite exprimée par le salarié concerné, celui-ci doit être obligatoirement affilié.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation :

- ❖ doivent être affiliés au contrat collectif obligatoire dès qu'ils cessent de justifier de leur situation ou de remplir les conditions posées à la dispense d'affiliation ;
- ❖ peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion au contrat collectif obligatoire - l'adhésion prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable.

Chaque Participant renseigne et signe le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle établi par l'Institution. Il y précise notamment son état civil.

► Article 6 - Entrée en vigueur des garanties du contrat collectif obligatoire – Suspension et conditions de maintien

6.1 Prise d'effet des garanties

Les garanties du contrat collectif obligatoire souscrit par l'Adhérent prennent effet :

- ❖ à la date d'effet de l'adhésion au contrat collectif obligatoire pour tous les Participants présents à cette date, et ultérieurement à la date d'embauche, sous réserve des cas de dispenses d'affiliation ;

- ✦ au premier jour du mois qui suit la demande d'affiliation pour les salariés ayant demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation et qui viennent à cesser de justifier de leur situation, ou qui décident ultérieurement de renoncer à cette dispense.

6.2 Conditions de suspension des garanties

Suspensions du contrat de travail rémunérées ou indemnisées

Le bénéfice des garanties du contrat collectif obligatoire est maintenu au Participant dont le contrat de travail est suspendu, sans versement de cotisation, pour tout mois complet civil d'absence, s'il bénéficie :

- ✦ soit d'un maintien total ou partiel de salaire,
- ✦ soit d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Si la suspension du contrat de travail est inférieure à un mois, les cotisations pour le bénéfice des garanties du contrat collectif obligatoire sont dues intégralement.

Suspension du contrat de travail non rémunérées ou non indemnisées

En cas de suspension du contrat de travail pour l'un des cas prévus par les dispositions légales (notamment congé sans solde, congé sabbatique, congé parental d'éducation à temps plein, congé pour création d'entreprise, congé de solidarité internationale, congé de solidarité familiale, congé de formation, congé d'enseignement ou de recherche) ne donnant pas lieu à maintien, en tout ou partie, de salaire par l'employeur, le Participant bénéficie du maintien des garanties du contrat collectif obligatoire pendant les trois premiers mois de la suspension du contrat de travail et ce, sans versement de cotisation.

A l'issue de cette période, les garanties du contrat collectif obligatoire sont suspendues. Aucune cotisation n'est due par l'Adhérent ou par le Participant. La suspension des garanties du contrat collectif obligatoire s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'Institution de la déclaration de reprise du travail faite par l'Adhérent.

A l'issue du maintien des garanties du contrat collectif obligatoire pendant les trois premiers mois de la suspension

du contrat de travail, le Participant peut toutefois demander à l'Institution, à titre individuel et pour la période de suspension du contrat de travail restant à courir, à continuer de bénéficier des garanties du contrat collectif obligatoire, sous réserve du paiement par ce dernier de l'intégralité de la cotisation due. Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'Institution dans les quinze jours suivant ladite suspension.

Les cotisations seront recouvrées selon la périodicité indiquée sur le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle. En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, le Participant peut se voir appliquer des majorations de retard fixées à hauteur de trois fois le taux d'intérêt légal et courant, à compter de l'échéance.

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, l'adhésion individuelle du Participant pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées. La résiliation de l'adhésion individuelle par l'Institution ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard.

L'adhésion individuelle non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Institution les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Ce maintien des garanties cesse :

- ✦ à la date de fin de la suspension du contrat de travail du Participant,
- ✦ en cas de non-paiement des cotisations par le Participant selon les modalités définies ci-dessus,
- ✦ à la date de résiliation de l'affiliation par le Participant sous réserve d'en faire la demande à l'Institution au plus tard le 30 septembre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi pour ne prendre effet qu'au 31 décembre de la même année. Cette résiliation est définitive.
- ✦ à la date de sortie des effectifs ou de la catégorie de personnel concerné,
- ✦ à la date de départ à la retraite, à l'exception des Participant reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'Adhérent,
- ✦ à la date de résiliation ou de non-renouvellement du contrat collectif obligatoire souscrit par l'Adhérent ;
- ✦ et, en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat collectif obligatoire.

► Article 7 - Cessation de l'affiliation des Assurés

Sous réserve de l'application de l'article 8.1 ci-après des présentes Conditions Générales, l'affiliation du Participant cesse de plein droit :

- ❖ soit à la date de résiliation ou de non-renouvellement du contrat collectif obligatoire de,
- ❖ soit à la date de sortie des effectifs,
- ❖ soit à la date à laquelle le Participant n'appartient plus à la catégorie de personnel concerné par le contrat collectif obligatoire,
- ❖ soit à la date de départ à la retraite, à l'exception des Participants reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'Adhérent,
- ❖ et, en tout état de cause, à la date d'effet de la dénonciation de l'Accord.

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties du contrat collectif obligatoire.

Le Participant qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de son départ, à remettre à l'entreprise sa carte de tiers payant. L'entreprise doit la restituer à l'Institution. L'Institution récupère auprès du Participant toutes les prestations indûment réglées.

► Article 8 - Maintien des garanties du contrat collectif obligatoire

8.1 Maintien des garanties au titre de l'article L911-8 du Code de la sécurité sociale « Portabilité des droits »

La loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi est venue étendre à l'ensemble des entreprises et modifier le dispositif de maintien de couverture dit de portabilité au profit des anciens salariés.

Conditions au maintien de l'affiliation

Sous réserve d'être éligible au dispositif de l'article L911-8 du Code de la sécurité sociale, l'affiliation du Participant au contrat collectif obligatoire est maintenue en cas de cessation de son contrat de travail à condition que la cessation résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

L'Adhérent doit informer l'Institution du maintien de couverture du Participant au titre de la portabilité des droits.

Si l'Adhérent n'entre pas dans le périmètre de la DSN, il devra retourner à l'Institution le formulaire type « Déclaration de portabilité » dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture.

A défaut, l'affiliation du Participant cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

Il incombe à l'Adhérent d'informer le Participant du dispositif et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation du Participant au contrat collectif obligatoire est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Lorsque les contrats de travail sont consécutifs chez un même employeur avec toutefois une interruption entre ces contrats, sans reprise d'activité chez un autre employeur, la durée de portabilité retenue sera celle du dernier contrat de travail ou du contrat de travail précédent si la durée de celui-ci est plus longue.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois.**

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

En tout état de cause, l'affiliation au contrat collectif obligatoire du Participant cesse de plein droit :

- ❖ à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès...),
- ❖ en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après,
- ❖ en cas de résiliation du contrat,
- ❖ en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien des garanties à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail.

Obligations déclaratives

Le Participant s'engage à fournir à l'Institution :

- ❖ à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le

- justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- ✦ mensuellement, l'attestation de paiement des allocations chômage.

Garanties

Le Participant bénéficie des garanties prévues au contrat collectif obligatoire au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat collectif obligatoire ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables au Participant.

L'Adhérent s'engage à informer le Participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat collectif obligatoire, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'Institution.

Financement

Ce maintien des garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité.

8.2 Maintien de garanties santé au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989

Dans le cadre du contrat collectif obligatoire, et conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties frais de santé peuvent être maintenues par la souscription d'un contrat proposé sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- ✦ les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité,
- ✦ les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite,
- ✦ les anciens salariés privés d'emploi et bénéficiaires d'un revenu de remplacement,
- ✦ les personnes garanties du chef du Participant décédé.

Sous réserve d'être informé par l'entreprise de la cessation du contrat de travail pour l'un des motifs ci-dessus, ou du décès de Participant, l'Institution leur adressera la proposition de maintien individuel de la couverture aux intéressés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire au titre de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale ou du décès du Participant.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'Institution dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail ou le cas échéant suivant la fin de la portabilité des droits ou dans les six mois suivant le décès du Participant. Les prestations proposées seront identiques à celles prévues par le contrat collectif obligatoire.

Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

► Article 9 - Assiette et montant des cotisations du contrat collectif obligatoire

Les cotisations annuelles sont fixées en fonction notamment des garanties souscrites et compte tenu des dispositions réglementaires et des bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur.

Les taux de cotisations du contrat collectif obligatoire sont mentionnés en annexe II des présentes Conditions générales. Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale.

Pour les Participants dont l'affiliation prend effet ou cesse en cours d'année, le montant des cotisations est calculé prorata temporis de leur durée d'appartenance. Pour le calcul de ce prorata, les mois sont comptés pour une durée de 30 jours.

Les cotisations pourront évoluer au 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats du régime, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois, après accord des partenaires sociaux.

Cas particulier d'un Participant à employeurs multiples

Lorsqu'un Participant travaille régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs entreprises relevant du champ d'application de l'Accord, ce Participant et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'Institution. Cet employeur est celui auprès duquel le Participant a été embauché en premier, sauf accord explicite entre le Participant et ses employeurs.

► Article 10 - Paiement des cotisations du contrat collectif obligatoire

Les cotisations des Participants sont recouvrées trimestriellement à terme échu auprès de l'Adhérent. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

La répartition du coût des cotisations entre l'Adhérent et les Participants est fixée par l'Accord. Toutefois, l'Adhérent est seule responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'organisme assureur. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'Institution, aux différentes échéances prévues.

Pour les entreprises n'entrant pas dans le périmètre de la DSN, et sur la base de l'état nominatif annuel des salaires visé à l'article 5.1 communiqué par l'Adhérent à l'Institution ce dernier procède aux ajustements de cotisations éventuellement nécessaires au cours du 1er semestre de l'année suivante.

Il est précisé que pour les Participants exerçant leur activité à temps partiel, la cotisation est due dans son intégralité.

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception, à l'Adhérent. A défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, l'Institution pourra résilier le contrat sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard fixées à hauteur de trois fois le taux d'intérêt légal, à compter de l'échéance. L'Institution se réserve le droit d'informer directement les Participants de la défaillance de l'Adhérent.

En outre, l'Institution se réserve le droit de résilier le contrat, dans les conditions légales et réglementaires et conformément aux dispositions ci-dessus.

Le contrat de l'Adhérent non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Institution les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

► Article 11 - Révision des cotisations et/ou des garanties du contrat collectif obligatoire

Les parties excluent l'application de l'article 1195 du Code civil dans sa rédaction issue de l'ordonnance n°2016-131 du 10

février 2016. Elles conviennent d'appliquer exclusivement les dispositions figurant au contrat.

Les modifications apportées au contrat collectif obligatoire font l'objet d'un avenant ou d'une lettre avenant adressé à l'Adhérent par l'Institution.

11.1 Modifications du régime conventionnel

Lorsque les partenaires sociaux apportent des modifications au régime conventionnel, le présent contrat est modifié en conséquence. Ces modifications sont formalisées par voie d'avenant ou de lettre avenant.

11.2 Modifications du cadre législatif et/ou réglementaire

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisations ont été définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d'effet.

Les cotisations et/ou les garanties peuvent être modifiées par l'Institution après accord des partenaires sociaux en fonction de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale, suite par exemple à des mesures de désengagement ou des modifications des bases de remboursement et à la fiscalité.

► Article 12 - Résiliation du contrat collectif obligatoire

12.1 Cas et conditions de résiliation

Outre le cas de la dénonciation annuelle décrit à l'article 4 des présentes Conditions Générales, l'adhésion au contrat collectif obligatoire peut être résiliée dans le cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

Redressement, liquidation judiciaire ou procédure de sauvegarde de l'entreprise

Conformément à l'article L. 932-10 du Code de la sécurité sociale, le contrat subsiste en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde de l'entreprise.

Toutefois, le contrat peut être résilié dans les cas et conditions posés à l'article L. 622-13 du Code de commerce.

La résiliation est alors opposable à l'ensemble des Participants, y compris à ceux bénéficiant de la portabilité prévue à l'article 8.1 des présentes Conditions Générales.

12.2 Effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat collectif obligatoire

Vis-à-vis de l'Adhérent

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat collectif obligatoire, l'entreprise n'a aucun droit à faire valoir sur le patrimoine de l'Institution et sur ses différents fonds de réserve.

Le débiteur des cotisations reste tenu de payer l'intégralité des cotisations dues et des différents frais y afférents.

Vis-à-vis du Participant

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat collectif obligatoire de l'Adhérent met fin au bénéfice des garanties.

Les demandes de remboursements de soins adressées à l'Institution après la fin des garanties seront prises en compte à la condition que la date des soins indiquée sur les décomptes de la Sécurité sociale soit antérieure à la date de fin de couverture et sous réserve des dispositions de l'article 21 des présentes Conditions Générales.

► Article 13 - Recours – Prescription

13.1 Recours subrogatoire

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, à l'exclusion du cas de décès, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à l'Institution dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. L'Institution se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

Cette action en recours s'exerce en application des dispositions de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, l'Institution n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

13.2 Prescription

Toutes actions dérivant du contrat collectif obligatoire sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- ❖ en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme assureur en a eu connaissance,
- ❖ en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Lorsque l'action de l'Adhérent, du Participant ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent, le Participant ou l'ayant droit concerné ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- ❖ la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,
- ❖ la demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code,
- ❖ un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter :

- ❖ de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou recommandé électronique par l'Institution au Participant en vue d'obtenir le paiement de cotisations,
- ❖ de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou recommandé électronique par le Participant ou ses ayants droit à l'Institution en vue d'obtenir le règlement de la prestation.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais visés aux alinéas ci-dessus ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité

► Article 14 - Réclamations – Médiation

L'Institution met à la disposition de l'Adhérent et des Participants la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application des contrats,

- ✦ Pour Humanis Prévoyance, à l'adresse suivante :
Humanis Prévoyance
Service Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45 777 Saran cedex
Tél. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les correspondances adressées par le centre de gestion.

A compter de la réception de la réclamation, l'Institution apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, Humanis Prévoyance lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par Humanis Prévoyance et après épuisement des voies de recours internes, l'Adhérent, le Participant ou les ayants droit, ou avec l'accord de ceux-ci, l'Institution, peuvent saisir le Médiateur de la protection sociale du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

Médiateur de la protection sociale du CTIP
10 rue Cambacérès – 75008 Paris
<https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

L'avis du médiateur de la protection sociale est remis aux parties dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet. Ce délai peut être prolongé par ledit médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de médiation du CTIP disponible sur le site internet susvisé.

► Article 15 - Contrôle de l'organisme assureur

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris cedex 09

► Article 16 - Dispositions diverses

16.1 Confidentialité

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée des contrats et après son extinction pour une durée de cinq années, la stricte confidentialité de toutes les informations techniques ou financières qu'elles auront pu se communiquer ou dont elles auront pu avoir connaissance à l'occasion de l'exécution du contrat.

En particulier, l'Institution s'engage envers l'Adhérent à conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

16.2 Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations communiquées sont traitées par l'Institution, responsable de traitement, ou par l'organisme gestionnaire par délégation.

Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance.

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée

maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, ces données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant du Participant (demande de renseignements ou de documentation par exemple). L'ensemble des durées de conservation des données sont précisées sur le site internet du groupe HUMANIS à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>.

Le Participant peut demander l'accès, la rectification, l'effacement de ses données personnelles ainsi que limiter ou s'opposer au traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) aux coordonnées suivantes : protection-donneespersonnelles@humanis.com ou à groupe HUMANIS - celle Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant Couturier - 92246 MALAKOFF Cedex. Le peut également demander la portabilité des données qu'il a fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque son consentement était requis. Un justificatif d'identité pourra être demandé par l'Institution pour confirmer l'identité du Participant avant de répondre à sa demande.

Le site internet du groupe HUMANIS peut être consulté pour de plus amples informations à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>.

En tout état de cause, le Participant peut saisir directement la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

16. 3 Prospection commerciale par voie téléphonique

Le Participant qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL », par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Société OPPOSETEL, service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret – 10 000 TROYES.

Toutefois, tant que le contrat est en cours, cette inscription n'interdit pas à l'Institution de démarcher téléphoniquement le Participant si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de l'Institution, à l'adresse mentionnée à l'article ci-dessus, à l'utilisation de ses coordonnées téléphoniques à des fins de prospection commerciale en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

TROISIEME PARTIE - DEFINITION DES GARANTIES

► Article 17 - Contrat solidaire et responsable

Le présent contrat respecte l'ensemble des conditions posées par les Pouvoirs Publics pour répondre aux définitions de « Contrat Solidaire » et de « Contrat Responsable ».

Le contrat respecte les conditions posées à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale.

A ce titre, et sous réserve des évolutions légales ou réglementaires futures, l'Institution ne rembourse pas :

- ❖ **Conformément à l'article L. 160-13 II du Code de la sécurité sociale, la participation forfaitaire due par le bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale. Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile.**
- ❖ **Conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la sécurité sociale, la franchise applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D.160-9 du Code de la sécurité sociale pour certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du Code de la sécurité sociale).**
- ❖ **Conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale, la majoration de la participation supportée par le bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.**

Le présent contrat est modifié de plein droit par l'évolution légale ou réglementaire des conditions posées au « Contrat Responsable » ou au « Contrat Solidaire ».

► Article 18 - Garanties frais de sante

Les garanties des contrats figurent en annexe I des présentes Conditions Générales.

18.1 Objet et conditions des garanties

Les garanties frais de santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les Participants, en complément des remboursements de la Sécurité sociale française effectués au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, sous réserve de l'application des risques exclus mentionnés à l'article 19 ci-après et des frais non pris en charge visés à l'article 17 ci-avant.

Pour ouvrir droit à prise en charge, les actes ou soins doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat et inscrits sur des registres nationaux.

Lorsque les professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire, les remboursements complémentaires au titre du présent régime sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

Par dérogation, certains frais inscrits à la nomenclature, mais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent donner lieu cependant à un remboursement par l'Institution dans les conditions fixées aux tableaux des garanties annexés.

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Donnent lieu à remboursement, selon les modalités prévues aux tableaux des garanties, les frais suivants :

Il est précisé que suite à la nouvelle convention médicale du 25 août 2016, publiée au Journal Officiel du 23 octobre 2016, afin de maintenir le caractère responsable du contrat, les mentions « Contrat d'Accès aux Soins », « CAS » et « non CAS » sont remplacées respectivement par :

- « dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée »,
- « OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) / OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique) »,
- Et « non OPTAM / non OPTAM CO ».

Toutefois, le Contrat d'Accès aux Soins, pouvant être conclu jusqu'au 31 décembre 2016 pour une durée de trois ans, celui-ci s'achèvera au plus tard au 31 décembre 2019. Il y aura donc coexistence durant cette période, des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée CAS – OPTAM / OPTAM-CO.

HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ :

- ❖ **Hospitalisation chirurgicale :**
- ❖ **Hospitalisation médicale :**
- ❖ **Hospitalisation à domicile prise en charge par la MSA.**
- ❖ **Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations chirurgicales et médicales :**
 - Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la Liste des Produits et des Prestations (LPP) facturables et spécialités pharmaceutiques).
 - Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),
 - Forfait hospitalier prévu à l'article L.174-4 du code de la Sécurité sociale est pris en charge sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait hospitalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendants (EHPAD),
 - Forfait ambulatoire,
 - Frais de chambre particulière (dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours),
 - Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de moins de 16 ans bénéficiaire du contrat (dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en

psychiatrie à 180 jours). Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».

Pour les frais de chambre particulière et les frais d'accompagnement, la prise en charge est limitée à :

- 365 jours,
- 180 jours en cas de séjour en psychiatrie.

A l'expiration de cette période de 365 jours ou 180 jours, le bénéficiaire ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des prestations qu'après une interruption d'hospitalisation entre deux séjours supérieure à 90 jours continus et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.

- Participation forfaitaire pour les actes coûteux.

SOINS DE VILLE EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ :

- ❖ **Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, aux soins l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).**
- ❖ **Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement.**
- ❖ **Biologie médicale.**
- ❖ **Petite chirurgie et actes de spécialité réalisés par un spécialiste ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, aux soins l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).**
- ❖ **Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie réalisés par un médecin ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).**
- ❖ **Participation forfaitaire pour les actes coûteux.**

PHARMACIE :

- ❖ **Frais pharmaceutiques remboursés par la MSA.**
- ❖ **Frais pharmaceutiques prescrits mais non remboursés par la MSA**
- ❖ **Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac remboursé par la MSA**

APPAREILLAGE :

- ❖ **Orthopédie et prothèses remboursés par la MSA.**
- ❖ **Prothèses auditives (+ piles et entretien) remboursées par la MSA**

TRANSPORT :

- ❖ **Frais de transport pris en charge par la MSA.**

DENTAIRE :

- ❖ **Soins dentaires remboursés par la MSA :** soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie.
- ❖ **Parodontologie non remboursée par la MSA**
- ❖ **Inlays-onlays remboursés par la MSA.**
- ❖ **Prothèses dentaires remboursées par la MSA :**
 - couronnes, bridges et inter de bridges,
 - couronnes sur implant,
 - prothèses dentaires amovibles et transitoires,
 - réparations sur prothèses,
 - inlays-cores.
- ❖ **Prothèses dentaires non remboursées par la MSA :**
 - Couronnes et bridges,
 - réparations sur prothèse (à l'exception des réparations à caractère esthétique).
- ❖ **Orthodontie remboursée ou non par la MSA.**
- ❖ **Implants dentaires.**

OPTIQUE :

- ❖ **Équipement optique pris en charge par la MSA (deux verres et une monture).**

La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.

Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement par le Participant. Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.
- ❖ **Lentilles remboursées ou non par la MSA.**
- ❖ **Chirurgie réfractive.**

MATERNITE :

- ❖ **Allocation maternité**

Une allocation destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais et dépassements d'honoraires liés à l'accouchement, non remboursés par la MSA, est versée pour la naissance d'un enfant du participant, déclaré à l'état civil. Cette allocation est versée, dans la double limite des frais réels et du contrat, sur présentation des justificatifs pour la naissance d'un enfant du participant.

Cette allocation est doublée en cas de naissance multiple.

Cette allocation n'est pas due en cas d'adoption d'un enfant par le participant.

PREVENTION :

- ❖ **Acte de prévention hors fonds de solidarité**
 - le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sur les 1ères et 2^{ème} molaires permanentes des enfants avant leur 14^{ème} anniversaire, à raison d'une fois par dent,
 - un détartrage annuel complet, effectué en 2 séances maximum,
 - un bilan du langage oral et/ou un bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit pour les enfants de moins de 14 ans, à condition qu'il s'agisse d'un 1^{er} bilan,
 - le dépistage de l'hépatite B,
 - le dépistage, une fois tous les 5 ans, des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour les cas d'audiométrie tonale et/ou vocale (dans le bruit ou avec Tympanométrie),
 - l'acte d'ostéodensitométrie osseuse remboursable par l'Assurance Maladie (pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans),
 - les vaccins suivants : Diphtérie, Tétanos et poliomyélite (à tous âges) ; Coqueluche (avant 14 ans) ; Hépatite B (avant 14 ans) ; BCG (avant 6 ans) ; Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes immunisées désirant un enfant ; Haemophilus influenzae B ; vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Les actes de prévention sont pris en charge par l'Institution au titre de chaque poste de garanties concernés par ces actes.

ALLOCATIONS FORFAITAIRES :

- ❖ **Cure thermale prise en charge par la MSA :** honoraires et soins remboursés par la MSA, transport et hébergement remboursés ou non par la MSA

MEDECINES ALTERNATIVES :

Par dérogation à l'article « Risques exclus » des présentes Conditions Générales, peuvent être pris en charge les actes effectués par les praticiens mentionnés au tableau des garanties. Les actes doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat, inscrits au registre préfectoral et exerçant en France.

SERVICE :

- ❖ **Assistance de base + Plateforme Itélis + Téléconsultation + Hospiway**
- ❖ **Tiers Payant iSanté**
- ❖ **Tiers Payant Optique**

18.2 Soins engagés hors de France

L'Institution garantit les dépenses de soins ou interventions engagées à l'étranger dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention de même nature avec le régime français.

Séjours temporaires à l'étranger, salariés détachés, résidents à l'étranger

L'Institution intervient dès lors que les Participants bénéficient d'une prise en charge par la Sécurité sociale française ou par le régime de Sécurité sociale du pays d'accueil.

Dans les deux cas elle intervient en complément des tarifs théoriques de la Sécurité sociale française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues par le contrat.

Le contrat ne couvre pas les salariés expatriés.

Justificatifs

Afin de bénéficier des prestations correspondant aux soins engagés hors de France, les Participants doivent envoyer à l'Institution les factures détaillées et acquittées des soins, éventuellement traduites, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée et le remboursement auquel elle a donné lieu.

► Article 19 - Risques exclus

Ne donnent pas lieu au bénéfice de prestations les cures thermales non remboursées par la Sécurité sociale, les traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique.

En aucun cas, l'Institution ne prendra en charge les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale ou pratiqués par un professionnel de santé non autorisé à effectuer de tels dépassements.

Le fait que l'Institution ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

► Article 20 - Fonds de solidarité

Outre la mise en place d'un régime collectif de couverture frais de santé, l'Accord institue un fonds de solidarité permettant notamment la mise en œuvre d'actions collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale liées à la santé des salariés.

Les mesures mettant en œuvre le principe de solidarité peuvent comprendre une ou plusieurs des actions suivantes :

- ❖ Une action collective de prévention sur les troubles musculo squelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- ❖ Une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou maladie professionnelle dans les professions agricoles ;
- ❖ Une action collective de prévention, pour les salariés seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle / retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, le sommeil ou la maladie d'Alzheimer) ;
- ❖ Un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la production agricole notamment en cas d'handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- ❖ Un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprise ou sur l'exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement ;
- ❖ Le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail.

En tout état de cause, le financement de ces mesures ne peut être inférieur à 1 % de la cotisation hors taxe pour le bénéficiaire de la couverture collective obligatoire frais de santé.

► Article 21 - Modalités de versement des prestations

21.1 Tiers payant généralisé

Conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et de ses textes réglementaires d'application, l'Institution met à la disposition du Participant un service de dispense d'avance de frais de santé (tiers-payant) sur l'ensemble des garanties prévues au contrat faisant l'objet d'un tarif de responsabilité.

L'utilisation du tiers-payant auprès du professionnel de santé est conditionnée à l'acceptation de ce dernier. Sauf mention

particulière sur la carte de tiers-payant, la dispense d'avance de frais est limitée au tarif de responsabilité. Le Participant doit donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Le Participant qui n'utilise pas leur carte de tiers-payant ou se voit refuser ce service par le professionnel de santé doit demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursé par l'Institution.

21.2 La prise en charge optique

L'opticien adresse une demande de prise en charge auprès du gestionnaire de ce service, si le bénéficiaire profite de ce service. La prise en charge est limitée aux garanties souscrites mentionnées aux tableaux des garanties figurant en annexe.

21.3 La prise en charge hospitalière

Le Participant informe au plus vite l'Institution de son hospitalisation en établissement conventionné avec la Sécurité sociale. L'institution délivrera alors au Participant une attestation de prise en charge.

Cette attestation de prise en charge dispensera le bénéficiaire de tout paiement des frais d'hospitalisation, dans la limite du contrat, à l'exception des frais personnels.

Si l'hospitalisation n'a donné lieu à aucune prise en charge par l'Institution, le bénéficiaire règle son séjour hospitalier à l'établissement.

21.4 Demandes de remboursement

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-dessous doivent être produites à l'Institution dans un délai maximum de deux ans suivant la date du décompte de la Sécurité sociale ou de la survenance des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité Sociale.

A défaut, le bénéficiaire se voit opposer la prescription visée à l'article 13 des présentes Conditions Générales.

Le Participant et l'Adhérent sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'Institution les déclarations et pièces justificatives listées ci-après.

L'Institution se réserve le droit de demander au Participant toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment des

spécificités des garanties souscrites.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du bénéficiaire de la prestation.

En cas de déclaration frauduleuse, l'Institution n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

Il appartient au Participant d'informer l'Institution de toute modification de ses coordonnées bancaires.

21.5 Justificatifs et contrôle

Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, le Participant a la possibilité d'adresser par voie postale tout document comportant ce type de données, sous pli cacheté portant la mention « Confidentiel », à l'attention de Monsieur le Médecin-conseil – Centre de Service Prestations Santé dont l'adresse figure sur sa carte de tiers payant.

Le service médical de l'Institution peut faire procéder par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé désigné par lui, au contrôle médical du Participant qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre du contrat.

La charge des honoraires des professionnels de santé missionnés par le service médical est supportée par l'Institution ou par le Participant lui-même en cas de fraude avérée.

Outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, le service médical de l'Institution se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du Participant. L'Institution peut également demander tout renseignement ou pièce permettant d'établir la réalité du paiement des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après le paiement des prestations, **y compris après résiliation du contrat.**

Pour ouvrir droit à prise en charge, les actes ou soins doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat et inscrits sur des registres nationaux.

En cas de refus de se soumettre au contrôle médical ou à défaut de fournir les justificatifs demandés, les actes ne donnent pas lieu à prise en charge.

► Les justificatifs à fournir par le Participant pour ses demandes de remboursement

	Bénéficiaire NOEMIE
Hospitalisation chirurgicale ou médicale - Etablissement conventionné ou non conventionné	Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...)
Hospitalisation à domicile (HAD)	Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD
Soins de Ville (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante...)	Aucun document
Optique	Facture détaillée et acquittée En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : <ul style="list-style-type: none"> - soit nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction, - soit prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction, - et prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent. Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la MSA ou la Sécurité sociale
Traitements chirurgicaux des troubles visuels	Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré
Prothèses dentaires - Orthodontie - Paradonthologie	Imprimé type de l'Institution et/ou facture détaillée, acquittée et codifiée des actes pratiqués selon la Classification Commune des Actes Médicaux* Prescription médicale pour les frais dentaires non pris en charge par la MSA ou la Sécurité sociale
Implants	Facture détaillée et acquittée
Maternité	Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou acte d'enfant sans vie
Médecine alternative	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)

Pharmacie médicalement prescrite et non remboursée	Facture acquittée et prescription médicale
Cure thermale	Facture acquittée du séjour

Non bénéficiaire Noémie	
Pour les soins pris en charge par la MSA ou la Sécurité sociale	Décompte original de la MSA ou de la Sécurité sociale Justificatifs ci-dessus

* Le Participant peut transmettre à l'Institution, pour avis préalable sur le montant de sa prestation, un devis détaillé du praticien indiquant la codification des actes.

Pour tout acte ou frais non pris en charge par la MSA ou la Sécurité sociale : facture originale acquittée.

L'Institution se réserve la possibilité de demander tous les justificatifs établissant la qualité et/ou le statut du professionnel de santé dont les actes ou soins sont à l'origine de la demande de prestations (inscription sur des registres nationaux, numéro d'inscription Adeli...).

En cas de tiers payant avec la Sécurité sociale mais sans tiers payant avec l'Institution : facture acquittée du ticket modérateur.

POUR MIEUX SE COMPRENDRE

Actes hors nomenclature : actes non reconnus par la Sécurité sociale et non-inscrits aux nomenclatures.

Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) : assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.

Contrat d'accès aux soins : contrat conclu par le médecin de secteur 2, par le médecin de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement et par le médecin de secteur 1 disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2, ayant pour objet d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie.

Contrat responsable : contrat collectif ayant pour objet le remboursement de frais de santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application.

Contrat solidaire : contrat collectif ayant pour objet le remboursement de frais de santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurables.

DSN : La Déclaration Sociale Nominative dite « DSN » vise à remplacer l'ensemble des déclarations périodiques ou événementielles adressées par les entreprises entrant dans son périmètre d'application, à des administrations et des organismes de protection sociale. Elle repose sur la transmission unique, mensuelle et dématérialisée des données issues de la paie et de signalements d'événements

Nomenclature : cette notion désigne aussi bien la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), que la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), que la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) et que la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux, documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

OPTAM / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1er janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM / l'OPTAM-CO.

Plafond de la Sécurité sociale : plafond servant de base au calcul des cotisations de Sécurité sociale et prévu aux articles L. 241-3 et D. 242-17 du Code de la Sécurité sociale et modifié chaque année.

Sécurité sociale : tout régime légalement obligatoire d'assurance maladie.

Tarif forfaitaire de responsabilité : base de remboursement de la Sécurité sociale pour le princeps d'un médicament (original d'un médicament) ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

Ticket modérateur : part des frais de santé non remboursée par le régime d'assurance maladie obligatoire en application de l'article L. 160-13 I du Code de la Sécurité sociale.

Humanis Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale - Siège social : 29, boulevard Edgar Quinet, 75014 Paris - Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 4 place Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS cedex 09

ANNEXE I : GARANTIES COMPLEMENTAIRES FRAIS DE SANTE - AGRICULTURE MANCHE

GARANTIES SANTE / Régime complémentaire à adhésion obligatoire

Conformément au cahier des charges du contrat responsable, les Honoraires, les Frais de séjour, les Soins courants, la Pharmacie remboursée à 65% en régime général, le Transport, l'Appareillage, les équipements Optique et Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (SS) ou la Mutualité Sociale Agricole (MSA), les Soins dentaires et Inlays-onlays ainsi que les Actes de prévention sont pris en charge par HUMANIS PREVOYANCE avec un minimum de 100% de la BR - MR ; les Prothèses dentaires SS ou MSA et l'Orthodontie SS ou MSA sont, quant à elles, prises en charge PAR HUMANIS PREVOYANCE avec un minimum de 125% de la BR - MR.

Les garanties s'entendent SOUS DEDUCTION des prestations de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole (sauf garanties exprimées en forfait). Ces garanties s'entendent dans la double limite, d'une part des frais réels - MR, et d'autre part dans la limite de :	
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE, y compris maternité (secteurs conventionné et non conventionné (1))	
Hospitalisation chirurgicale et médicale	
Frais de séjour et Fournitures diverses	100 % de la BR
Honoraires - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	255 % de la BR
Honoraires - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	200 % de la BR
Forfait journalier	100 % des Frais Réels
Chambre particulière en hospitalisation, y compris forfait ambulatoire	75 Euros par jour pendant 60 jours maximum puis 25 Euros par jour
Chambre particulière en maternité	80 Euros par jour
Chambre particulière en psychiatrie	75 Euros par jour pendant 45 jours par an
Frais d'accompagnement (enfant - de 16 ans)	50 Euros par jour pendant 10 jours maximum puis 30 Euros par jour
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 Euros
Hospitalisation à domicile	
Honoraires - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	255 % de la BR
Honoraires - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	200 % de la BR
SOINS DE VILLE (secteurs conventionné et non conventionné (1))	
Consultations et visites de généralistes ou de spécialistes - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	250 % de la BR
Consultations et visites de généralistes ou de spécialistes - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	200 % de la BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	220 % de la BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	200 % de la BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	210 % de la BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	190 % de la BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	200 % de la BR
Biologie médicale	180 % de la BR

Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 Euros
PHARMACIE	
Frais pharmaceutiques remboursés par la SS ou la MSA	100 % de la BR
Frais pharmaceutiques prescrits mais non remboursés par la SS ou la MSA	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 40 Euros
Vaccins non remboursés par la SS ou la MSA	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 40 Euros
Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac remboursé par la SS ou la MSA	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 50 Euros
FRAIS DE TRANSPORT	
Frais de transport remboursé par la SS ou la MSA	100 % de la BR
APPAREILLAGE	
Orthopédie et prothèses diverses remboursées par la SS ou la MSA	285 % de la BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 200 Euros (fauteuil roulant)
Prothèses auditives (+ piles et entretien) remboursées par la SS ou la MSA	400 % de la BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 12 % du PMSS
FRAIS DENTAIRES	
Soins dentaires remboursés par la SS ou la MSA : soins dentaires, actes de prophylaxie bucco-dentaire, actes d'endodontie, parodontologie	100 % de la BR
Parodontologie non remboursée par la SS ou la MSA	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 100 Euros
Inlays-onlays remboursés par la SS ou la MSA	250 % de la BR
Prothèses dentaires remboursées par la SS ou la MSA : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Prothèses dentaires transitoires - Réparations sur prothèses - Inlays-cores	350 % de la BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 12 % du PMSS
Prothèses dentaires non remboursées par la SS ou la MSA : - Couronnes et bridges - Réparations sur prothèses (sauf les réparations à caractère esthétique)	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 500 Euros
Implants (implant + pilier implantaire)	
Orthodontie remboursée par la SS ou la MSA	300 % de la BR
Orthodontie non remboursée par la SS ou la MSA	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 200 Euros
OPTIQUE	
Limitation à un équipement Lunettes (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans par bénéficiaire âgé de 18 ans et plus et à un équipement Lunettes tous les ans pour les bénéficiaires âgés de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue	
Verres et montures remboursés par la SS ou la MSA	Réseau ITÉLIS Cf. Grille optique
Lentilles remboursées par la SS ou la MSA (y compris jetables)	100 % de la BR plus un forfait de 200 Euros par bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la SS ou la MSA (y compris jetables)	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 200 Euros
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	500 Euros par œil
MATERNITE ET ADOPTION	
Allocation naissance (3) (L'allocation n'est pas due en cas d'adoption.)	Allocation indemnitaire égale à 40 % du PMSS, dans la limite des frais réellement engagés
PREVENTION	
Actes de prévention (4) hors fonds de solidarité	Pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat (5)
MEDECINE ALTERNATIVE	

Acupuncteur, Chiropracteur, Ostéopathe, Sophrologue	30 Euros par consultation, dans la limite de 4 consultations par an et par bénéficiaire
CURE THERMALE	
Cure thermale remboursée par la SS ou la MSA :	
- honoraires et soins remboursés par la SS ou la MSA	100 % de la BR
- transport et hébergement remboursés ou non par la SS ou la MSA	150 Euros
SERVICES	
Assistance de base + Plateforme Itélis + Téléconsultation + Hospiway	Inclus
Tiers Payant iSanté	Prévu
Tiers Payant Optique	Prévu

Grille ITÉLIS - OPTIQUE

Les garanties VERRES et MONTURE s'entendent SOUS DEDUCTION des prestations de la SS ou de la MSA.

VERRES					
Classe de défaut visuel	Défaut visuel		Dans le réseau 0 € à charge sur les verres indiqués ci-dessous	Hors réseau	
	Myopie ou hypermétropie (en dioptries)	Astigmatisme (en dioptries)		Verre simple foyer	Verre progressif
Classe 1	De 0 à 2	Inf ou = à 2,00	Frais réels (*)	100 €	200 €
Classe 2	De 0 à 2	De 2,25 à 4	Frais réels (*)	105 €	250 €
	De 2,25 à 4	Inf ou = à 2,00			
Classe 3	De 2,25 à 4	De 2,25 à 4	Frais réels (*)	135 €	265 €
	De 4,25 à 6	Inf ou = à 4,00			
Classe 4	De 6,25 à 8	Inf ou = à 4,00	Frais réels (*)	150 €	300 €
	De 0 à 8	Sup ou = à 4,25			
Classe 5	Sup ou = à 8,25	Tous cylindres	Frais réels (*)	200 €	300 € pour les ayants droit mineurs 325 € pour tous les autres bénéficiaires
MONTURE					
Monture remboursée par la SS ou la MSA			Plafond par bénéficiaire égal à 150 Euros		

(*) : dans la limite des plafonds du contrat responsable

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(2) L' « OPTAM / OPTAM-CO » remplace, à compter du 1er janvier 2017, le CAS. Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM / l'OPTAM-CO.

(3) La garantie Maternité définie ci-dessus est une allocation destinée à rembourser l'ensemble des frais et dépassements d'honoraires liés à l'accouchement non remboursés par la SS ou la MSA. Au titre du contrat, cette allocation est versée, dans la double limite des frais réels et du contrat, sur présentation des justificatifs pour la naissance d'un enfant du participant, déclaré à l'état civil. L'allocation n'est pas due en cas d'adoption. Elle est doublée en cas de naissance multiple.

(4) Les actes de prévention sont listés dans les Conditions Générales.

(5) A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale / BRR : Base de Remboursement Reconstitué / CAS : Contrat d'Accès aux Soins /
FR : Frais Réels / MR : Montant Remboursé par la Sécurité Sociale / MSA : Mutualité Sociale Agricole / OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier de l'année / SS : Sécurité Sociale / TM : Ticket modérateur (TM = BR - MR)

Le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés, sous déduction des remboursements versés par la SS ou la MSA et tout autre organisme complémentaire.

ANNEXE II : COTISATIONS FRAIS DE SANTE - AGRICULTURE MANCHE

Les cotisations contractuelles du régime complémentaire obligatoire frais de santé sont fixées pour les exercices 2019 et suivants à :

	REGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE Salariés agricoles non affiliés à l'AGIRC, bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de 3 mois
Taux de cotisation	0.90 % du PMSS *

* PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale égal à 3 311 euros en 2018

L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE

Nos équipes, composées de professionnels de l'action sociale, sont à votre disposition en cas de difficultés consécutives à un problème de santé, de handicap ou d'invalidité.

Au-delà de l'écoute et du soutien, elles peuvent selon les situations :

- ❖ **orienter vers des organismes compétents pour apporter leur concours à l'obtention de droits ou la résolution de difficultés,**
- ❖ **conseiller sur les démarches à entreprendre,**
- ❖ **étudier la possibilité d'une aide financière, en fonction de votre situation économique et sociale.**

Ces aides ne sont pas systématiques. Elles ne peuvent en aucun cas être assimilées à un complément des garanties contractuelles.

A qui s'adresser

Humanis
Service social

N° Cristal 09 72 72 23 23

APPEL NON SURTAXÉ