



Conditions générales Santé

Edition juin 2014

Contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire
CGFSS 10.05 V4 - mise à jour mai 2010

Sommaire

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES	3
Article 1 - OBJET	3
Article 2 - DEFINITIONS	3
Article 3 - PRISE D'EFFET - DUREE - RENOUELEMENT	4
Article 4 - OBLIGATIONS DE L'ADHERENT	4
Article 5 - AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL	5
Article 6 - COTISATIONS	6
Article 7 - REVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES PAR L'INSTITUTION	7
Article 8 - RESILIATION DU CONTRAT PAR L'INSTITUTION	7
Article 9 - RECOURS - PRESCRIPTION	8
Article 10 - ENTREPRISE ADHERENTE	8
Article 11 - RECLAMATIONS	8
Article 12 - AUTORITE DE TUTELLE	8
Article 13 - DISPOSITIONS DIVERSES	8
TITRE II - DÉFINITIONS DES GARANTIES	10
Article 14 - RISQUES EXCLUS	10
Article 15 - GARANTIES FRAIS DE SOINS DE SANTE	10
TITRE III - VERSEMENT DES PRESTATIONS	13
Article 16 - CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	13
Article 17 - DELAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	13
TABLEAU DES JUSTIFICATIFS À FOURNIR	14

TITRE I

DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 - OBJET

Le présent Contrat a pour objet de déterminer les conditions dans lesquelles Humanis Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est à 7 rue de Magdebourg - 75116 Paris cedex,, dénommée ci-après « l'INSTITUTION », garantit l'ensemble du personnel de l'entreprise désignée aux Conditions Particulières et ci-après dénommée « l'ADHERENT », appartenant à la catégorie de salariés définie aux Conditions Particulières et ci-après dénommés « les participants », contre le risque Frais de Soins de Santé.

Les garanties effectivement souscrites par l'ADHERENT sont précisées aux Conditions Particulières.

L'ADHERENT a été informé par l'INSTITUTION des modalités de mise en place d'un régime de protection sociale complémentaire dans l'entreprise, qui sont définies à l'article L911-1 du Code de la Sécurité sociale (convention ou accord collectif, référendum, décision unilatérale).

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

ARTICLE 2 - DEFINITIONS

Actes Hors Nomenclature : actes non reconnus par la Sécurité sociale et non inscrits aux nomenclatures.

Actes non remboursés par la Sécurité sociale : actes inscrits à la CCAM avec un taux de remboursement par la Sécurité sociale égal à « 0 % », un prix unitaire égal à « 0 », un code « remboursement exceptionnel » renseigné à blanc ou avec « N », un qualificatif de la dépense renseigné avec « NR ».

Adhérent : l'entreprise en sa qualité de souscripteur du présent contrat.

Ayants droit : au sens de la Sécurité sociale, les personnes à la charge du participant en sa qualité d'assuré social et qui peuvent prétendre à ce titre au versement des prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie auquel il est affilié.

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

Bénéficiaire : la personne qui recevra la prestation due par l'INSTITUTION en cas de réalisation d'un risque garanti au présent contrat.

Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) : référentiel de la Sécurité sociale codifiant les actes médicaux et fixant leur base de remboursement par la Sécurité sociale, remplaçant progressivement depuis le 31 mars 2005 la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et le Catalogue Des Actes Médicaux (CDAM).

Enfant à charge : est considéré comme enfant à charge :

- l'enfant légitime, naturel reconnu ou non, adoptif ou recueilli du participant, de son conjoint, de son partenaire lié par PACS ou de son concubin s'il est effectivement à charge du participant, c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à ses besoins et assure son entretien, à la date du sinistre et s'il remplit l'une des conditions suivantes :
 - bénéficier des prestations Sécurité sociale sous le numéro d'immatriculation du participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
 - ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 25 ans s'il est en apprentissage,
 - ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 25 ans s'il bénéficie d'un contrat en alternance et que ses ressources n'excèdent pas 55 % du SMIC,
 - ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 26 ans s'il bénéficie d'un contrat de professionnalisation et que ses ressources n'excèdent pas 80 % du SMIC,
 - ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 26 ans et être atteint d'une infirmité permanente l'empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice, ayant entraîné, à ce titre, le bénéfice jusqu'à l'âge de 20 ans des avantages de la Sécurité sociale en qualité d'ayant droit du participant,
 - ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 28 ans s'il est non salarié, reconnu à charge par l'administration fiscale ou non imposable et s'il justifie de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé,
- l'enfant, s'il remplit l'une des conditions énumérées ci-dessus, au titre duquel le participant verse une pension alimentaire.

Entreprise Adhérente : entreprise filiale de l'ADHERENT qui adhère au contrat souscrit par l'ADHERENT.

Garantie : engagement de l'assureur de verser une prestation si le participant ou, le cas échéant, ses ayants droit sont victimes d'un sinistre.

LPP : Liste des Produits et Prestations remboursables.

Médecin traitant : Médecin choisi par le bénéficiaire âgé de 16 ans au moins pour assurer la coordination de ses soins tel qu'indiqué à son régime d'assurance maladie obligatoire, dans le cadre de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance maladie.

Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR) : Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.

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.

Participant : salarié de l'ADHERENT appartenant à la catégorie professionnelle définie aux Conditions Particulières.

Participation forfaitaire : montant des frais de soins retenu par la Sécurité sociale sur le remboursement des actes et consultations médicaux réalisés par un médecin en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) et les actes de biologie et de radiologie (loi n° 2004-810 du 13.08.05 Article 57 III, V et VI).

Plafond de la Sécurité sociale : plafond servant de base à la Sécurité sociale pour le calcul de ses cotisations et de ses prestations.

Prestation : mise en oeuvre de la garantie par l'assureur.

Rémunération brute : salaire brut perçu par le participant y compris les rémunérations variables telles que les commissions, gratifications diverses et primes de rendements.

Risque : événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du participant ou du bénéficiaire.

Sinistre : la réalisation du risque.

Tarif de responsabilité : base de remboursement de la Sécurité sociale pour les produits pharmaceutiques, les fournitures et les appareillages.

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 soins de santé non remboursée par le régime d'assurance maladie obligatoire égale à la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Tranches soumises à cotisations sociales :

- Tranche A : fraction de rémunération brute annuelle au plus égale au plafond annuel de la Sécurité sociale.
- Tranche B : fraction de rémunération brute annuelle comprise entre le plafond annuel de la Sécurité sociale et quatre fois celui-ci.
- Tranche C : fraction de rémunération brute annuelle comprise entre quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale et huit fois celui-ci.

ARTICLE 3 - PRISE D'EFFET - DUREE - RENOUVELLEMENT

3.1 Le présent contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

3.2 Il se renouvelle ensuite annuellement, par tacite

reconduction, chaque 1er janvier, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties effectuée par lettre recommandée moyennant le respect d'un préavis de deux mois. Pour être valide, la notification de la dénonciation doit donc être envoyée au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi, pour ne prendre effet qu'au 1er janvier de l'exercice suivant.

ARTICLE 4 - OBLIGATIONS DE L'ADHERENT

4.1 Obligations déclaratives et d'information

L'ADHERENT s'engage à :

- Répondre exactement aux questions de l'INSTITUTION relatives à la catégorie de personnel qu'il envisage de garantir, notamment lorsque celle-ci l'interroge lors de l'adhésion sur ses caractéristiques socio-démographiques.
- Communiquer à l'INSTITUTION la Déclaration d'Affiliation visée à l'article 5 dûment renseignée par chaque participant, dans un délai de trente jours suivant :
 - soit la date d'effet du contrat,
 - soit la date de l'entrée en fonction du participant.
- Déclarer à l'INSTITUTION tout salarié qui, au cours du contrat, entre dans la catégorie professionnelle définie aux Conditions Particulières.
- Déclarer à l'INSTITUTION tout salarié qui, au cours du contrat, quitte l'entreprise notamment suite à une démission, un licenciement ou un départ en retraite ou qui sort de la catégorie professionnelle définie aux Conditions Particulières notamment suite à une mutation dans une autre catégorie professionnelle, en précisant la date et le motif du départ ou de la mutation. Cette déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'entreprise ou du changement de catégorie professionnelle.
- Déclarer trimestriellement à l'INSTITUTION sur ses bordereaux d'appel de cotisations, l'effectif de la catégorie professionnelle sur le trimestre et le cas échéant la masse salariale brute s'il a choisi une assiette de cotisations sur la rémunération brute.
- Communiquer annuellement à l'INSTITUTION, au plus tard le 28 février de l'année N + 1, le formulaire type de Déclaration de Régularisation Annuelle des Salaires (DRAS) dûment complété. De même, il communique, sur demande de l'INSTITUTION, une copie de sa Déclaration Annuelle des Données Sociales (DADS) correspondant à l'exercice N telle qu'elle a été adressée à l'administration fiscale ou selon la norme informatique DADS CRC ou DADS-U (Déclaration Automatisée des Données Sociales Unifiées).
- Payer à l'INSTITUTION les cotisations dues aux échéances et selon la périodicité définies à l'article 6.2.

4.2 Information des participants

L'ADHERENT reconnaît avoir été informé par l'INSTITUTION des obligations qui lui incombent en vertu des dispositions de l'article 12 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en sa qualité de souscripteur d'un contrat de prévoyance collective. Conformément à ces dispositions, l'ADHERENT s'engage à remettre à chaque participant une copie de la notice d'information qui lui a été remise par l'INSTITUTION, ainsi qu'à porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications des garanties, objet du présent

contrat, notamment en leur remettant la copie d'un addenda modificatif de ladite notice ou la copie d'une nouvelle notice d'information rédigée par l'INSTITUTION.

ARTICLE 5 - AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL

5.1 Conditions d'affiliation des salariés

Le contrat entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de chaque membre du personnel de l'ADHERENT, appartenant à la catégorie professionnelle définie aux Conditions Particulières.

L'affiliation ne peut toutefois produire ses effets que dans la mesure où chaque participant renseigne intégralement et signe, soit lors de l'adhésion de l'entreprise, soit lors de son entrée en fonction :

- la Déclaration d'Affiliation type de l'INSTITUTION, dans laquelle il précise notamment son état civil.

5.2 Date d'effet de l'affiliation des salariés

La qualité de participant lui est acquise sous réserve du respect des conditions relatives à l'affiliation visées à l'article ci-dessus :

- à la date de prise d'effet du contrat lorsqu'il figure à cette date dans les effectifs de l'ADHERENT,
- à sa date d'embauche ou de mutation dans la catégorie professionnelle définie aux Conditions Particulières si elle est postérieure à la date d'effet du contrat.

5.3 Maintien de l'affiliation

L'affiliation au contrat et par conséquent les garanties sont maintenues, moyennant le paiement des cotisations prévues à l'article 6, au participant qui se trouve en situation de :

- congé de maternité et d'adoption,
- congé de paternité,
- congé financé par un Compte Epargne Temps,
- congé formation avec maintien de salaire total ou partiel de l'ADHERENT,
- congés sans solde d'une durée inférieure à un mois.

5.4 Suspension de l'affiliation

L'affiliation au contrat et par conséquent les garanties sont suspendues lorsque le participant est en congé sans solde d'une durée supérieure ou égale à un mois.

5.5 Réduction de garanties

Si l'ADHERENT intègre dans la catégorie professionnelle définie aux Conditions Particulières un nouveau salarié dont les caractéristiques modifient l'appréciation du risque, l'INSTITUTION pourra réduire les garanties et le cas échéant les cotisations y afférentes.

Cette réduction de garantie prendra effet dès l'affiliation au contrat du salarié présentant des risques particuliers.

5.6 Cessation des droits des participants

L'affiliation du participant est résiliée de plein droit :

- soit à la date de résiliation ou de non-renouvellement du contrat,
- soit à la date de rupture du contrat de travail notamment en cas de démission, de licenciement ou de départ à la retraite,
- soit à la date de mutation dans une catégorie autre que celle figurant aux Conditions Particulières.

5.7 Maintien de garanties santé au titre de la « portabilité des droits »

5.7.1 Conditions au maintien de l'affiliation

En application de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008, l'affiliation au contrat et par conséquent les garanties dont bénéficiait effectivement le participant peuvent être maintenues en cas de rupture de son contrat de travail à condition que la rupture 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.

Le maintien de l'affiliation est toutefois subordonné à l'envoi par l'ADHERENT du formulaire « Déclaration de portabilité » type dûment renseigné et signé, dans **un délai de 20 jours à compter de la cessation du contrat de travail. A défaut, l'affiliation du participant cesse de plein droit à la date de rupture du contrat de travail.**

5.7.2 Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation du participant est maintenue à compter du lendemain de la rupture du contrat de travail pour une durée égale à celle de son dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, sans pouvoir excéder neuf mois.

Sont assimilés au dernier contrat de travail, les contrats de travail successifs exécutés de façon continue chez l'ADHERENT.

En tout état de cause, l'affiliation 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 à l'article 5.7.3,
- en cas de non-paiement de la part de cotisation du participant et/ou de l'ADHERENT,
- en cas de résiliation du contrat, quelle qu'en soit la cause.

5.7.3 Obligations déclaratives

- Le participant s'engage à fournir :
 - dans les meilleurs délais à l'ADHERENT, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
 - mensuellement, l'attestation de paiement des allocations Chômage, à l'ADHERENT ou à l'INSTITUTION si celle-ci lui adresse l'appel de cotisations lié au maintien de son affiliation.

De même, il s'engage à l'informer de la cessation du versement des allocations Chômage survenant au cours de la période de maintien de couverture.

- L'ADHERENT s'engage à informer l'INSTITUTION dès qu'il en a connaissance de tout événement mettant fin au maintien de l'affiliation du participant et notamment de la date de cessation du versement des allocations Chômage, du non-paiement de la quote-part salariale.

5.7.4 Garanties

- Le participant bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la rupture de son contrat de travail. Ce maintien de garanties est accordé également aux membres de sa famille bénéficiaires, tels que définis au contrat, présents et futurs.

- Le participant peut modifier ses garanties selon les conditions et les modalités définies aux Conditions Particulières (régime à options).
- Les évolutions des garanties du contrat ainsi que la résiliation de celui-ci sont opposables au participant.

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

5.7.5 Cotisations

Les cotisations du participant bénéficiant du maintien de garanties sont appelées au taux ou montant applicable à la catégorie de salariés assurés au titre du contrat, à laquelle appartenait le participant.

Toute révision des cotisations du contrat lui est également applicable.

Lorsque l'assiette des cotisations retenue est constituée de la rémunération brute, celle-ci doit s'entendre de la dernière rémunération de référence, telle que définie contractuellement pour les salariés, perçue avant le départ de l'entreprise, **à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la rupture du contrat de travail.**

Les cotisations sont appelées selon les modalités d'appel effectivement en vigueur au titre du contrat. L'appel des cotisations au titre du contrat est effectué auprès de l'ADHERENT. Ce dernier procède lui-même au précompte de la part du participant et au reversement de la totalité de la cotisation à l'INSTITUTION avec les cotisations relatives aux salariés actifs affiliés, lors de l'échéance de ces dernières. Chaque règlement sera accompagné de la liste nominative des participants concernés par ces dispositions comportant les informations suivantes : nom, prénom, numéro de Sécurité sociale, date de naissance, adresse, période de règlement de la cotisation, montant de la cotisation réglée.

A défaut de paiement de la cotisation, l'affiliation et le maintien des garanties cessent. L'INSTITUTION est libérée de toute obligation de couverture. Il en est de même pour l'ADHERENT en cas de non-paiement par le participant de la part de cotisation lui incombant.

En cas de cessation de l'affiliation du participant, l'INSTITUTION remboursera la cotisation éventuellement trop versée à l'ADHERENT ou au participant, qui lui aura versé la cotisation correspondante.

5.8 Maintien de garanties Santé à titre individuel

Peuvent continuer à bénéficier de garanties Santé à titre individuel, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, les personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une prestation d'incapacité, d'invalidité ou d'une allocation de chômage, de préretraite ou de retraite sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail,
- les personnes garanties du chef du participant décédé sous réserve que la demande en soit faite dans les six mois suivant le décès. Dans ce dernier cas, le maintien des garanties est effectif pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès,
- l'ensemble des participants, en cas de résiliation ou de non-renouvellement du présent contrat, sous réserve d'en faire la demande à l'INSTITUTION dans les trois mois suivant la date d'effet de la résiliation.

ARTICLE 6 - COTISATIONS

6.1 Assiette et montant des cotisations

6.1.1 Le montant des cotisations annuelles pour chaque participant peut être fixé forfaitairement aux Conditions Particulières ou s'obtenir par application des taux figurant aux Conditions Particulières selon la structure de cotisations soit sur le Plafond Annuel de la Sécurité sociale, soit au total des rémunérations brutes limitées à une ou plusieurs des tranches soumises à cotisations sociales telles que figurant aux Conditions Particulières et perçues par le participant au cours de l'année civile.

La structure des cotisations peut être une structure Tarif Groupe, Tarif Adulte/Enfant ou Tarif Isolé/Famille.

Lorsque ladite structure est une structure Tarif Adulte/Enfant ou une structure Tarif Isolé/Famille, le montant des cotisations annuelles pour chaque participant est fixé en fonction des bénéficiaires choisis par le participant dans les conditions fixées à l'article 15.3.

Dans le cadre de la Structure Tarif Groupe :

La cotisation « Groupe » est due par tous les participants quelle que soit leur situation matrimoniale et de famille, qu'ils soient célibataires, veufs, divorcés, mariés, liés par un PACS ou concubins avec ou sans enfant à charge. Elle est identique pour chacun.

Dans le cadre de la Structure Tarif Adulte / Enfant :

La cotisation « Adulte » est due par tout participant ayant le statut de célibataire, veuf ou divorcé ainsi que par les participants mariés, liés par un PACS ou en situation de concubinage. Pour ceux-ci, la cotisation est due également pour leur partenaire lié par un PACS ou le concubin s'ils souhaitent les affilier.

La cotisation « Enfant » est due par enfant à charge en sus de la cotisation « Adulte », par tout participant quel que soit son statut matrimonial, qui souhaite affilier un enfant à charge.

Dans le cadre de la Structure Tarif Isolé / Famille :

La cotisation « Isolé » est due par tout participant quelle que soit sa situation matrimoniale et familiale qui souhaite limiter le bénéfice des garanties de l'adhésion à sa personne, à l'exclusion de son conjoint, son partenaire lié par un PACS ou son concubin et le cas échéant de son (ses) enfant(s) à charge.

La cotisation « Famille » est due par :

- tout participant ayant le statut de marié, partenaire lié par un PACS ou concubin avec ou sans enfant à charge qui souhaite faire bénéficier son conjoint, son partenaire lié par un PACS ou son concubin et, le cas échéant, son(s) enfant(s) à charge des garanties de l'adhésion.
- tout participant ayant le statut célibataire, veuf ou divorcé et ayant au moins un enfant à charge qui souhaite faire bénéficier son(s) enfant(s) à charge des garanties de l'adhésion.

6.1.2 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 à la catégorie de salariés visée aux Conditions Particulières.

Pour le calcul de ce prorata, les mois sont comptés pour une durée de 30 jours.

6.1.3 Pour les participants dont le contrat de travail est rompu ou suspendu intégralement ou en arrêt de travail ou dans le cas où il n'y a pas de maintien de salaire par l'ADHERENT, lorsque l'assiette

retenue est la rémunération brute, celle-ci doit s'entendre de la dernière rémunération perçue avant le départ de l'entreprise.

6.2 Paiement des cotisations

6.2.1 Les cotisations sont recouvrées trimestriellement à terme échu. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

6.2.2 La répartition des cotisations entre l'ADHERENT et les participants est fixée par accord interne à l'entreprise. Toutefois, l'ADHERENT est seul responsable du paiement des cotisations vis-à-vis de l'INSTITUTION. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'INSTITUTION, aux différentes échéances prévues. L'INSTITUTION procède aux ajustements de cotisations éventuellement nécessaires, sur la base de la copie de la DADS communiquée par l'ADHERENT à l'Administration fiscale.

6.2.3 En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'ADHERENT se verra appliquer, le cas échéant, des intérêts de retard égaux à 1 % des sommes dues par mois de retard, à compter de l'échéance, tout mois commencé entraînant le versement de cette pénalité.

6.2.4 Par ailleurs, en cas de non-communication des éléments nécessaires au calcul des cotisations et notamment la DADS ou la DRAS, les cotisations seront recouvrées sur la base d'un montant égal à 110 % de celles qui étaient dues pour la période précédente.

6.3 Indexation des cotisations

Les cotisations peuvent être indexées suivant un indice et selon des conditions figurant aux Conditions Particulières.

L'indexation est annuelle et automatique. Elle s'impose à l'ADHERENT sans qu'il soit besoin d'établir un avenant.

ARTICLE 7 - REVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES PAR L'INSTITUTION

7.1 Les taux de cotisation sont réexaminés par l'INSTITUTION en fin d'année et peuvent être modifiés en fonction des résultats du Contrat, du Plafond de la Sécurité sociale et de l'évolution de l'indice de la Consommation Médicale Totale (CMT).

Le changement de taux doit être notifié à l'ADHERENT, par lettre recommandée avec accusé de réception, au plus tard le 31 octobre de l'année N. Il prend effet le 1er janvier de l'année N + 1.

En cas de désaccord, l'ADHERENT doit en aviser l'INSTITUTION au plus tard le 30 novembre, ce refus entraînant la résiliation au 31 décembre de l'exercice en cours. A défaut, l'ADHERENT est réputé avoir accepté le changement de taux.

7.2 Les taux de cotisation et /ou les garanties peuvent également être modifiés à tout moment par l'INSTITUTION en fonction notamment 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.

Le changement de taux de cotisations et/ou de garanties doit alors être notifié à l'ADHERENT, par lettre recommandée avec accusé de réception, au plus tard deux mois avant la date de prise d'effet dudit changement.

En cas de désaccord, l'ADHERENT doit en aviser l'INSTITUTION un

mois avant la date de prise d'effet. Le contrat pourra être alors résilié immédiatement. A défaut, l'ADHERENT est réputé avoir accepté ledit changement.

7.3 Il est clairement stipulé que l'INSTITUTION a apprécié les risques faisant l'objet du contrat au regard de la démographie des salariés et des anciens salariés qui a été essentielle et déterminante de son consentement.

L'ADHERENT s'engage à informer l'INSTITUTION de toutes modifications relatives au périmètre démographique des salariés et anciens salariés ayant servi à l'appréciation du risque par l'INSTITUTION.

L'INSTITUTION pourra, en fonction de ce nouveau périmètre, procéder à la révision des taux de cotisations ou à la modification des prestations proportionnellement à ce qu'aurait dû être le montant des cotisations par rapport au nouveau périmètre.

ARTICLE 8 - RESILIATION DU CONTRAT PAR L'INSTITUTION

8.1 Cas et conditions de résiliation

Le contrat ne peut être résilié que dans les cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

8.1.1 Non paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une seule des cotisations définies à l'article 6 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 accusé de réception, à l'ADHERENT. 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 l'adhésion sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les intérêts de retard définis à l'article 6.2.3.

Les participants peuvent être informés de la carence de l'ADHERENT. Le contrat 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.

8.1.2 Non respect des obligations déclaratives

En cas de manquement de l'ADHERENT à l'une quelconque de ses obligations découlant des alinéas 2, 3, 4, 5 et 6 de l'article 4, le contrat pourra être résilié de plein droit.

8.1.3 Fausse déclaration

En cas de réticence ou de fausse déclaration de l'ADHERENT ou d'un participant susceptible de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion pour l'INSTITUTION, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'ADHERENT ou par un participant a été sans influence sur la réalisation du risque, le contrat sera résilié de plein droit sans préjudice, pour l'INSTITUTION, de la possibilité de se prévaloir de la nullité du contrat.

8.1.4 Refus d'une révision de cotisation ou de réduction des garanties

En cas de non-acceptation par l'ADHERENT des propositions

de révisions des cotisations et/ou des garanties formulées par l'INSTITUTION dans les conditions prévues à l'article 7 ou de réduction des garanties dans les conditions prévues à l'article 5.5, le contrat pourra être résilié de plein droit.

8.1.5 Redressement ou liquidation judiciaire de l'ADHERENT

En cas de redressement ou de liquidation judiciaire de l'ADHERENT, la résiliation du contrat pourra être décidée par l'INSTITUTION dans un délai de 3 mois à compter de la date du jugement de redressement ou de liquidation judiciaire.

8.2 Effet de la résiliation ou du non-renouvellement

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

L'ADHERENT reste tenu de payer l'intégralité des cotisations dues, des intérêts de retard et des différents frais y afférents.

ARTICLE 9 - RECOURS - PRESCRIPTION

9.1 Recours judiciaire

Toutes actions intentées en exécution des dispositions du contrat ou des conventions passées par l'INSTITUTION seront soumises à la juridiction compétente définie par les articles 42 à 46 du nouveau Code de Procédure Civile et les dispositions du Code de l'Organisation Judiciaire.

9.2 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 dans la limite 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.

9.3 Prescription (article L932-13 du Code de la Sécurité sociale)

Toutes actions dérivant du contrat 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'INSTITUTION 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 ignoré jusque là.**

Lorsque l'action de l'ADHERENT, du participant, du bénéficiaire, 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'ADHERENT, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé

par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans pour les prestations Frais d'obsèques dès lors que le bénéficiaire n'est pas le participant. La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci et 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 accusé de réception adressée par l'INSTITUTION à l'ADHERENT en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit en ce qui concerne 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 10 - ENTREPRISE ADHERENTE

10.1 Après l'accord de l'INSTITUTION, les entreprises qui ont la qualité de filiale de l'ADHERENT peuvent souscrire, pour le compte de leurs salariés, à son contrat qui devient alors un contrat d'assurance de groupe ouvert.

L'INSTITUTION pourra revoir les cotisations conformément aux dispositions mentionnées à l'article 7.3.

La souscription d'une entreprise filiale est constatée par un avenant d'adhésion. Elle prend effet à la date qui y figure.

10.2 Lorsque la souscription de l'entreprise filiale prend effet, ladite entreprise acquiert la qualité d'ENTREPRISE ADHERENTE et toutes les dispositions du présent contrat lui sont, alors, applicables.

10.3 L'ADHERENT reste en sa qualité de souscripteur du contrat principal auprès de l'INSTITUTION, le seul interlocuteur de l'INSTITUTION.

10.4 La souscription des ENTREPRISES ADHERENTES étant indivisibles et insaisissables de la souscription de l'ADHERENT, la résiliation du contrat entraîne la résiliation de tous les avenants d'adhésion.

ARTICLE 11 - RECLAMATIONS

L'INSTITUTION met à la disposition de l'ADHERENT et des participants la possibilité de contacter la Direction Administrative pour apporter une réponse à toute réclamation concernant le présent contrat, à l'adresse suivante :

Direction Administrative
41931 BLOIS CEDEX 9

ARTICLE 12 - AUTORITE DE TUTELLE

L'INSTITUTION est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75009 Paris.

ARTICLE 13 - DISPOSITIONS DIVERSES

13.1 Confidentialité

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée du contrat et après son extinction, 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'ADHERENT à conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

13.2 Secret professionnel

Conformément à l'article 226-13 du Code Pénal, l'INSTITUTION est tenue au secret professionnel dans la mesure où elle gère, pour l'exécution du contrat, des informations ressortant de la vie privée et/ou à caractère médical.

Conformément à la recommandation de la CNIL n°97- 008 du 4 février 1997 portant sur le traitement des données de santé à caractère personnel, l'INSTITUTION s'engage pendant la durée du contrat à :

- assurer la sécurité du traitement des informations par des procédures adéquates de telle sorte que seuls le médecin conseil et ses collaborateurs directs aient accès au traitement,
- préserver l'anonymat des informations,
- mettre en œuvre des procédures d'anonymisation telles que des techniques de hachage ou de chiffrement des données, si des données de suivi individualisées (informations qui peuvent être « chaînées » pour connaître l'évolution de l'état de santé d'une personne déterminée, sans que son identité soit connue de la personne mettant en œuvre le traitement, au sens de la recommandation de la CNIL n° 97-008 du 4 février 1997) sont utilisées.

13.3 Loi Informatique et Liberté

Chacune des parties s'engage envers l'autre à effectuer les formalités qui lui incombent, en vertu des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 en cas de mise en œuvre de traitements automatisés d'informations nominatives et notamment, la déclaration du traitement, préalablement à sa mise en œuvre, à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et l'information des personnes concernées par le traitement.

13.4 Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle et constituent le contrat :

- les présentes Conditions Générales,
- les Conditions Particulières,
- les avenants d'adhésion,

En cas de contradiction entre les dispositions des Conditions Particulières et celles des Conditions Générales, ce sont celles qui figurent sur les Conditions Particulières qui l'emportent.

Les titres des articles du Contrat n'ont qu'une valeur classificatoire.

Le contrat exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les parties. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet du contrat.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions de ce contrat serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite mais cela n'affectera en aucun cas la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du contrat.

Le présent contrat pourra être modifié par avenant signé par les deux parties.

TITRE II

DÉFINITION DES GARANTIES

ARTICLE 14 - RISQUES EXCLUS

Ne donnent pas lieu aux garanties définies à l'article 15 et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'INSTITUTION :

1. les actes hors nomenclature,

- les médicaments ou actes non remboursés par la Sécurité sociale et notamment les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique,

2. dans le cadre du respect du cahier des charges « contrat responsable » :

- la participation forfaitaire et la franchise médicale visées à l'article L322-2 II et III du Code de la Sécurité sociale,
- la majoration de la participation du bénéficiaire à ses frais d'actes ou de prestations de soins de santé dans le ou les cas où :
 - il n'a pas choisi son médecin traitant (article L162-5-3 alinéa 5 du Code de la Sécurité sociale),
 - il consulte un autre médecin sans prescription dudit médecin traitant, (article L162-5-3 alinéa 5 du Code de la Sécurité sociale),
 - il refuse, lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, au professionnel de santé auquel il a recours, l'accès à son dossier médical personnel ou sa mise à jour, (article L161-36-2 alinéa 2 du Code de la Sécurité sociale),
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par le médecin spécialiste lorsque le bénéficiaire le consulte directement sans respecter le parcours de soins coordonnés, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques visé à l'article L162-5 18° du Code de la Sécurité sociale.

3. toute partie des honoraires et prestations qui correspondent à des montants excédant le coût USUEL et RAISONNABLE pratiqués par les professionnels de santé. L'INSTITUTION se réserve ainsi la possibilité de limiter les montants sur lesquels la garantie est appliquée en fonction de ses références de tarifs maximum constatés et validés par des professionnels de santé conseils. Ces montants respectent également les dispositions de la Convention Médicale et de la Convention Dentaire qui stipulent que le médecin doit fixer ses honoraires avec tact et mesure. Cette obligation concerne aussi bien les praticiens conventionnés que les praticiens non conventionnés.

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 15 - GARANTIES FRAIS DE SOINS DE SANTE

15.1 Objet et conditions des garanties

Les garanties Frais de Soins de Santé ont pour objet de permettre

le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les bénéficiaires, 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 14.

Si le conjoint, le partenaire lié par un PACS ou le concubin est affilié à un régime de base de Sécurité sociale différent du Régime général (régimes spéciaux ou régime agricole), les remboursements Sécurité sociale seront rétablis sur la base des taux du Régime général de la Sécurité sociale s'ils sont supérieurs.

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 Conditions Particulières.

En tout état de cause, le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés par le participant, sous déduction des remboursements versés par la Sécurité sociale et tout autre organisme complémentaire.

Peuvent donner lieu à remboursement, selon les modalités prévues aux Conditions Particulières, les frais suivants. Dès lors que le remboursement de l'INSTITUTION est plafonné, la limite doit s'entendre par an et par bénéficiaire.

HOSPITALISATION :

- Hospitalisation chirurgicale :
 - frais chirurgicaux proprement dits,
- Hospitalisation médicale :
 - pour tout séjour en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos... ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence **au 1er jour d'hospitalisation et cesse, au plus tard, au 365ème jour suivant ou en cas de séjour en psychiatrie au 180ème jour.** A l'expiration de cette période de 365 jours ou 180 jours, le participant ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des prestations qu'après une **interruption d'hospitalisation entre 2 séjours supérieure à 90 jours continus** et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.

Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations chirurgicales ou médicales :

- Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques).
- Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire.
- 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**).
- Forfait hospitalier (**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 12 ans (dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours)**.

• Hospitalisation à domicile :

Hospitalisation prise en charge au titre de l'Hospitalisation A Domicile (HAD) par la Sécurité sociale. Elle comprend :

- les frais facturables à la journée y compris notamment les actes d'auxiliaires médicaux, de sage femme et de biologie,
- les honoraires des médecins libéraux,
- les dépenses d'imagerie,
- les séances de chimiothérapie,
- les actes de dialyse,
- les produits pharmaceutiques particuliers figurant sur la liste des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation.

La prise en charge commence **au 1er jour d'hospitalisation et cesse, au plus tard, au 365ème jour suivant ou en cas de psychiatrie au 180ème jour**. Le participant ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des prestations qu'après une **interruption d'hospitalisation entre 2 séjours supérieure à 90 jours continus** et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.

Si l'hospitalisation à domicile n'est pas séparée de plus de 10 jours d'une hospitalisation médicale dans un établissement hospitalier, les séjours seront considérés comme une seule et même hospitalisation pour le calcul de la durée de prise en charge de 365 jours ou 180 jours.

PRATIQUE MEDICALE COURANTE :

- Consultation, visite d'un omnipraticien ou d'un spécialiste,
- Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement,
- Frais d'analyse et de laboratoire,
- Actes de spécialité,
- Electroradiologie et Ostéodensitométrie

MEDECINE ALTERNATIVE :

par dérogation à l'article 14 - RISQUES EXCLUS, peuvent être pris en charge les actes effectués par les praticiens suivants :

- Acupuncteurs,
- Chiropracteurs,
- Diététiciens,
- Etiopathes,
- Ostéopathes,
- Psychomotriciens,
- Sophrologues.

PHARMACIE :

- **Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale**
- **Frais pharmaceutiques non remboursés par la Sécurité sociale : par dérogation à l'article 14 - RISQUES EXCLUS, peuvent être pris en charge :**
 - contraception,
 - traitement anti-tabac,
 - homéopathie.

TRANSPORT :

- **Frais de transport.**

OPTIQUE :

- **Verres pris en charge par la Sécurité sociale :** les prestations peuvent dépendre du détail de l'équipement (matériau, type, indice ...) ou du degré de correction (dioptrie)
- **Montures prises en charge par la Sécurité sociale**
- **Lentilles cornéennes prises en charge ou non par la Sécurité**

sociale

- **Traitements chirurgicaux de la myopie :** kératotomie ...

DENTAIRE :

- **Soins dentaires**
- **Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale**
- **Implantologie**
- **Prothèses dentaires prises en charge ou non prises en charge* par la Sécurité sociale :** les prestations peuvent dépendre du type d'acte réalisé (couronne, couronne sur implant...), du type de prothèse (fixe, amovible) et du détail (matériau, emplacement de la dent ...)
- **Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale**
- **Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale* pour un enfant à charge de moins de 20 ans**

* Dans le cas des prothèses dentaires et/ou de l'orthodontie non prises en charge par la Sécurité sociale, le participant doit adresser à l'INSTITUTION, l'imprimé type dûment rempli par le praticien et/ou la facture détaillée du praticien indiquant la codification des actes. Ce(s) document(s) pourra(ont) être soumis au Chirurgien Dentiste conseil de l'INSTITUTION, pour avis sur la codification des actes. L'INSTITUTION pourra alors être amenée à modifier ou refuser le montant pris en charge.

APPAREILLAGE :

- **Orthopédie**
- **Prothèse auditive**
- **Prothèses diverses**

ALLOCATIONS FORFAITAIRES :

- **Maternité :** une allocation, destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais afférents à la naissance, est versée pour la naissance d'un enfant du participant, déclaré à l'état civil, légitime, naturel ou reconnu.
- Par assimilation, pour l'adoption d'un enfant de moins de 12 ans par la participant, la même allocation est versée.
- Elle est doublée en cas de naissance multiple.
- **Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale :** dans la limite d'un forfait par an et par bénéficiaire.
- **Frais d'obsèques :** en cas de décès du participant, de son conjoint, du partenaire lié par un PACS, du concubin ou d'un enfant à charge, versement à la personne ayant exposé les frais d'obsèques d'une allocation forfaitaire, limitée aux frais réels en cas de décès d'un enfant âgé de moins de 12 ans.

PREVENTION :

- **Frais de prévention réglementaire :** l'INSTITUTION prend en charge les actes de prévention réglementaire figurant sur la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006, dans la limite des prestations garanties par le contrat.
- **Vaccins hors prévention réglementaire non pris en charge par la Sécurité sociale**

15.2 Soins engagés hors de France

Pour les soins effectués hors de France pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire français, l'INSTITUTION intervient. Pour les frais relatifs à l'hospitalisation, les prestations sont calculées sur la base des garanties prévues en secteur non conventionné.

Les remboursements sont versés en France et en euros.

Le montant maximum des remboursements par l'INSTITUTION pour les frais médicaux engagés à l'étranger, quelle que soit leur nature, est limité, par an et par personne, à 1,5 plafonds annuels de la Sécurité sociale.

15.3 Bénéficiaires

15.3.1 Sont bénéficiaires des prestations versées en matière de Frais de Soins de Santé, en fonction de la structure de cotisations retenue, sauf dispositions spécifiques prévues aux Conditions Particulières :

Dans le cadre de la structure Tarif Groupe :

- le participant,
- son conjoint, son partenaire lié par un PACS ou son concubin même s'ils bénéficient à titre personnel du Régime de la Sécurité sociale.
- ainsi que leur(s) enfant(s) à charge.

Dans le cadre de la structure Tarif Adulte / Enfant ou Tarif Isolé / Famille :

Le participant déclare les bénéficiaires des garanties du contrat, outre lui-même.

Cette déclaration s'effectue au moment de l'affiliation du participant. Le changement de bénéficiaire est possible :

- chaque 1^{er} janvier, sous réserve que le participant en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente,
- à l'occasion d'une naissance,
- et en cas de changement de situation familiale.

Sous réserve :

- du paiement des cotisations dues conformément à l'article 6.1,
- et de la communication à l'Institution des justificatifs visés ci-dessous à l'article 15.3.2.

Sont bénéficiaires et obligeront au paiement de la cotisation correspondante en fonction de la structure de tarif figurant aux Conditions Particulières :

- Cotisation « Adulte » :
 - le participant,
 - et, le cas échéant, son conjoint, son partenaire lié par un PACS ou son concubin même s'ils bénéficient à titre personnel du Régime de la Sécurité sociale.
- Cotisation « Enfant » :
 - l' (les) enfant(s) à charge.
- Cotisation « Isolé » :
 - le participant,
- Cotisation « Famille » :
 - le participant,
 - son conjoint, son partenaire lié par un PACS ou son concubin même s'ils bénéficient à titre personnel du Régime de la Sécurité sociale,
 - ainsi que leur(s) enfant(s) à charge.

15.3.2 Justificatifs à fournir

Le participant doit joindre avec la Déclaration d'Affiliation, selon sa situation :

- une attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
- une attestation de concubinage pour les concubins,
- un certificat de scolarité pour les enfants à charge assurés sociaux

- ou étudiants âgés de plus de 16 ans et de moins de 28 ans,
- un certificat d'apprentissage pour les enfants à charge apprentis âgés de moins de 25 ans,
- une copie du contrat de formation en alternance pour les enfants à charge concernés, âgés de moins de 25 ans,
- une copie du contrat de professionnalisation pour les enfants à charge concernés, âgés de moins de 26 ans,
- une carte d'invalidité pour les enfants à charge infirmes de moins de 26 ans.

Outre ces justificatifs, la déclaration d'affiliation doit être accompagnée de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale ou de la carte d'assuré au régime de base obligatoire en vigueur à la date d'affiliation, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro.

A défaut, les garanties sont suspendues.

15.4 Clauses légales

Conformément à l'article 9 alinéa 1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 :

« 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 de l'assuré ou de l'adhérent après tous les remboursements de toute nature auxquels il a droit. (...) ».

Conformément à l'article 2 alinéa 1 du décret n° 90-769 du 30 août 1990 :

« Pour l'application du deuxième alinéa de l'article 9 de la loi du 31 décembre 1989 susvisée, 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. (...) ».

TITRE III VERSEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 16 - CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

16.1 Paiement des cotisations

Pour que les participants puissent bénéficier des prestations, l'ADHERENT doit avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'il pourrait devoir au titre du contrat.

16.2 Déclaration des sinistres

Les participants, l'ADHERENT et plus généralement tous bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'INSTITUTION les déclarations et pièces justificatives listées page 14.

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 ou des bénéficiaires de la prestation.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, l'INSTITUTION n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à un sinistre réel.

Les justificatifs à fournir par le participant pour ses demandes de remboursement sont détaillées page 14.

La prise en charge hospitalière

Dès qu'il a connaissance de son hospitalisation en établissement conventionné avec la Sécurité sociale, le participant en informe l'INSTITUTION qui lui délivrera une prise en charge.

Cette prise en charge dispensera le participant de tout paiement des frais d'hospitalisation, dans la limite du Contrat et en tout état de cause dans la limite de 300 % de la Base de Remboursement pour les honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire, à l'exception des frais personnels.

Si l'hospitalisation n'a donné lieu à aucune prise en charge par l'INSTITUTION, le participant paye son séjour hospitalier à l'établissement.

16.3 Forclusion

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-dessus doivent, sous peine de déchéance des droits à indemnisation, être produites à l'INSTITUTION dans un délai maximum de six mois suivant la survenance du sinistre ou sa connaissance par le participant ou le bénéficiaire.

L'INSTITUTION ne pourra se prévaloir de la déchéance que si elle prouve avoir subi un préjudice du fait de la déclaration tardive du participant ou du bénéficiaire.

16.4 Contrôles médicaux

L'INSTITUTION peut faire procéder par un médecin désigné par elle, au contrôle médical du participant qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre des garanties prévues au contrat, lorsque ces prestations sont liées à l'état de santé.

Si le participant se refuse à un contrôle médical ou si, n'ayant pas

notifié à l'INSTITUTION son changement d'adresse, il ne peut être joint, les garanties et les prestations sont suspendues à son égard, après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier du participant.

Si le résultat de l'examen médical effectué est contesté par le médecin du participant, il est fait appel à un troisième praticien pour les départager. A défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, le choix sera fait, à la diligence de l'INSTITUTION, par le Président de l'Ordre Départemental des Médecins dans le ressort duquel se trouve le domicile du participant, parmi la liste des médecins experts agréés auprès de la Cour d'appel du même ressort.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Ceux du tiers arbitre ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission sont supportés par les deux parties par parts égales.

Si les conclusions du contrôle médical conduisent à une remise en cause de l'attribution des prestations, leur versement cessera dès notification à l'intéressé par lettre recommandée avec avis de réception. Les sommes indûment versées au participant devront être restituées à l'INSTITUTION.

ARTICLE 17 - DELAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

L'INSTITUTION règle ses prestations Frais de Soins de Santé par virement sur le compte bancaire ou postal du participant, généralement dans les 48 heures qui suivent la réception de l'ensemble des pièces requises pour l'ouverture des droits, délais de poste et bancaire non compris.

Ces délais sont donnés à titre indicatif et ne sauraient en aucun cas engager la responsabilité de l'INSTITUTION.

LES JUSTIFICATIFS À FOURNIR PAR LE PARTICIPANT POUR SES DEMANDES DE REMBOURSEMENT :

ACTES	Bénéficiaire NOEMIE	Non bénéficiaire NOEMIE
Hospitalisation chirurgicale ou médicale Etablissement conventionné ou non conventionné	Sans demande de prise en charge : facture originale de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...)	Sans demande de prise en charge : facture originale de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...) Décompte original de la Sécurité sociale
Hospitalisation à domicile (HAD)	Facture forfaitaire indiquant le prix de journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD	Décompte original de la Sécurité sociale Facture forfaitaire indiquant le prix de journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD
Soins courants (consultation, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante...)	Aucun document	Décompte original de la Sécurité sociale
Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale	Prescription médicale Facture originale	Prescription médicale Facture originale
Médecine alternative	Note d'honoraires originale du praticien	Note d'honoraires originale du praticien
Optique	Facture détaillée Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale	Décompte original de la Sécurité sociale Facture détaillée Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale
Prothèses dentaires - Orthodontie - Parodontologie - prises en charge par la Sécurité sociale	Imprimé type de l'INSTITUTION et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la nomenclature de la Sécurité sociale. Ce document pourra être soumis au chirurgien dentiste conseil de l'INSTITUTION qui pourra être amenée à modifier ou refuser le montant pris en charge*	Décompte original de la Sécurité sociale Imprimé type de l'INSTITUTION et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la nomenclature de la Sécurité sociale. Ce document pourra être soumis au chirurgien dentiste conseil de l'INSTITUTION qui pourra être amenée à modifier ou refuser le montant pris en charge*
- non prises en charge par la Sécurité sociale	Imprimé type de l'INSTITUTION et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la nomenclature de la Sécurité sociale. Ce document pourra être soumis au chirurgien dentiste conseil de l'INSTITUTION qui pourra être amenée à modifier ou refuser le montant pris en charge*	Imprimé type de l'INSTITUTION et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la nomenclature de la Sécurité sociale. Ce document pourra être soumis au chirurgien dentiste conseil de l'INSTITUTION qui pourra être amenée à modifier ou refuser le montant pris en charge*
Maternité	Photocopie du livret de famille ou extrait de naissance ou acte d'enfant sans vie	Photocopie du livret de famille ou extrait de naissance ou acte d'enfant sans vie
Adoption	Photocopie du certificat définitif d'adoption	Photocopie du certificat définitif d'adoption
Cure thermale	Facture acquittée du séjour	Décompte original de la Sécurité sociale Facture acquittée du séjour
Frais d'obsèques	Extrait d'acte de décès Facture acquittée des frais réels Copie du livret de famille	Extrait d'acte de décès Facture acquittée des frais réels Copie du livret de famille

* 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.

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

