

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE GARDIENS, CONCIERGES ET EMPLOYÉS D'IMMEUBLES

FRAIS DE SANTÉ

Contrat collectif à adhésion obligatoire

NOTICE D'INFORMATION

RÉFÉRENCÉE NI-CCN GARDIENS D'IMMEUBLES - SANTE-JUIN 2015

Ensemble du personnel



malakoff médéric
humanis

SANTÉ – PRÉVOYANCE – RETRAITE – ÉPARGNE

PRÉAMBULE.....	4
Fonds de solidarité.....	4
Modalités d'affiliation.....	4
Bénéficiaires.....	4
GARANTIES FRAIS DE SANTÉ.....	5
Contrat solidaire et responsable.....	5
Garanties frais de santé.....	6
Risques exclus.....	8
Modalités de versement des prestations.....	8
Les justificatifs à fournir par le Participant pour ses demandes de remboursement.....	9
DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	10
Entrée en vigueur des garanties - Suspension et conditions de maintien.....	10
Cessation de l'affiliation des Participants.....	10
Maintien des garanties de santé.....	10
Cotisations.....	11
Effet de la résiliation ou du non renouvellement.....	11
Recours - Prescription.....	12
Dispositions diverses.....	12
Réclamations - Médiation.....	12
Contrôle de l'institution.....	13
POUR MIEUX SE COMPRENDRE.....	14
LES ACTIVITÉS SOCIALES : UNE DIMENSION HUMAINE.....	15
ANNEXE I : GARANTIES FRAIS DE SANTÉ.....	16

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale des Gardiens, Concierges et Employés d'Immeubles (dénommée ci-après « la Convention collective ») ont signé un accord paritaire national en date du 6 décembre 2013 modifié, instaurant un régime de frais de santé obligatoire au profit du personnel de la branche, quelle que soit son ancienneté.

Votre employeur, ci-après dénommé « l'Adhérent » relevant de la Convention Collective nationale des Gardiens, Concierges et Employés d'Immeubles, a adhéré au contrat d'assurance collective du régime ci-après dénommé « contrat » de frais de santé mis en œuvre par Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est à Paris (75014) 29 boulevard Edgar Quinet, ci-après dénommée « l'Institution ».

Vous trouverez dans cette notice la présentation des garanties du régime frais de santé ainsi que les éléments vous permettant de mieux comprendre leurs modalités d'application.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à votre Direction des ressources humaines ou directement à votre centre de gestion.

► Fonds de solidarité

Outre la mise en place d'une couverture collective et obligatoire « frais de santé », votre Convention collective institue un fonds de prévention et d'action sociale dédié aux entreprises adhérant à l'Institution permettant la mise en place d'un dispositif d'accompagnement social et d'assistance psychologique à caractère confidentiel et en faveur des salariés rencontrant des difficultés personnelles de nature à affecter leur situation professionnelle.

Le financement des prestations servies par le fonds social est fixé à 0,034 % du Plafond mensuel de la Sécurité sociale. Cette cotisation est incluse dans la cotisation servant au financement du contrat d'assurance collective du régime frais de santé.

Une alimentation supplémentaire, ainsi que des actions de solidarité et de prévention complémentaire au Dispositif d'accompagnement social et d'assistance psychologique élargissent le fonds de solidarité au 1^{er} janvier 2018.

Vous pouvez contacter les professionnels de ce dispositif d'accompagnement et d'assistance au numéro de téléphone suivant : 09 69 39 40 47.

► Modalités d'affiliation

Conditions d'affiliation

L'Adhérent s'engage à affilier l'ensemble de ses salariés, quelle que soit leur ancienneté, sous contrat de travail à la date d'effet du contrat d'adhésion, sous réserve des cas de dispenses d'affiliation mentionnés à l'article 8 de l'accord de prévoyance conventionnel.

Pour la présente notice d'information, chaque salarié ainsi affilié est appelé « Participant ».

Lors de l'adhésion de l'employeur, chaque Participant appartenant à la catégorie assurée renseigne et signe la déclaration d'affiliation établie par l'Institution.

Il y précise notamment son état civil et, le cas échéant, celui de ses ayants droit.

► Bénéficiaires

Le conjoint et les enfants à charge du Participant tels que définis ci-dessous, peuvent être couverts par une extension facultative souscrite individuellement par chaque Participant.

Vos bénéficiaires

Définition du conjoint

Est considéré comme conjoint :

- ✦ le conjoint du Participant marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation,
- ✦ le partenaire lié au Participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS),
- ✦ le concubin du Participant vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le Participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

Définition des enfants à charge

Sont réputés à charge du Participant, les enfants reconnus ou adoptés, ainsi que ceux de son conjoint, à condition que le Participant ou son conjoint ait l'enfant en résidence ou s'il s'agit d'enfants du Participant que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent être :

- ✦ âgés de moins de 18 ans,
- ✦ âgés de 18 ans et de moins de 26 ans :
 - ✦ s'ils poursuivent leurs études et sont inscrits à ce titre au régime de Sécurité sociale des étudiants,
 - ✦ ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle Emploi,
 - ✦ ou sont sous contrat d'apprentissage,
 - ✦ ou s'ils se livrent à une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au Revenu de Solidarité Active mensuel,
- ✦ quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 18^{ème} anniversaire,
- ✦ nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du Participant, si ce dernier est le parent légitime.

Affiliation et modification de vos bénéficiaires

Le conjoint et les enfants à charge du Participant tels que définis ci-dessus, peuvent être couverts par une extension facultative souscrite individuellement par chaque Participant.

Vous déclarez à l'Adhérent et à l'Institution les ayants droit dont vous entendez assurer la couverture.

Cette déclaration a lieu à l'occasion de votre affiliation. Toutefois, postérieurement à celle-ci, vous pouvez affilier ou modifier les bénéficiaires :

- ✎ à l'occasion d'une modification de la situation familiale,
- ✎ chaque 1^{er} janvier, sous réserve que vous en fassiez la demande auprès de l'Institution au plus tard le 30 novembre de l'année précédente.

En tout état de cause vous êtes tenu d'apporter les pièces justifiant votre situation et celle de vos ayants droit à l'Institution et de vous acquitter des cotisations afférentes.

Justificatifs à fournir

Vous devez joindre avec la déclaration d'affiliation, selon votre situation :

- ✎ la copie du livret de famille,
- ✎ la copie du certificat de mariage,
- ✎ l'attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
- ✎ l'attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins et la photocopie du dernier avis d'imposition,
- ✎ pour les enfants à charge selon leur situation :
 - ✎ le certificat de scolarité,
 - ✎ la copie du contrat d'apprentissage,
 - ✎ l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
 - ✎ la copie du dernier bulletin de salaire,
 - ✎ la carte d'invalidité.

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 Sécurité sociale obligatoire en vigueur à la date d'affiliation, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro.

L'Institution se réserve le droit de vous demander toutes autres pièces justificatives.

Vous vous engagez à informer l'Institution de toute modification de votre situation ou celle de l'un de vos ayants droit ne permettant plus à ce dernier d'avoir la qualité de bénéficiaire.

Cessation de l'affiliation des bénéficiaires

L'affiliation des bénéficiaires prend fin en cas de cessation de votre affiliation. Elle cesse également :

- ✎ à la date à laquelle les bénéficiaires ne remplissent plus les conditions posées à la qualité de bénéficiaire,
- ✎ au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les bénéficiaires justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire,
- ✎ au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le Participant demande la résiliation du bénéficiaire. Cette demande doit être adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de la même année par lettre recommandée. La demande adressée à l'Institution après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant, elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année.

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

► Contrat solidaire et responsable

Le 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 le cahier des charges du « contrat responsable » tel que défini aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-1-2 du Code de la Sécurité sociale.

À 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 Participant et ses ayants droit pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale.**

- ✎ **Conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité sociale, la franchise appliquée à 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 Participant et ses ayants droit lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.**

Le contrat est modifié de plein droit par l'évolution légale ou réglementaire des conditions posées au « contrat responsable » ou au « contrat solidaire ».

► Garanties frais de santé

Les garanties, adaptées au cahier des charges du contrat responsable, figurent en annexe I de la présente notice d'information.

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 ci-après et des frais non pris en charge dans le cadre du « contrat solidaire et responsable ».

Elles respectent l'obligation de couvrir au minimum l'intégralité de la participation du bénéficiaire (ticket modérateur) sur les tarifs servant de base à la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale.

Si les remboursements sont plafonnés (plafond par acte, plafond global de garanties), l'Institution prend en charge le ticket modérateur au-delà dudit plafond consommé (excepté pour le poste optique assurant une garantie au-delà des tarifs de responsabilité).

Seuls les frais de cures thermales, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 30 % et à 15 % ainsi que les spécialités et les préparations homéopathiques (article R. 322-1 6°, 7°, 10° et 14° du Code de la Sécurité sociale) sont exclus de cette obligation de prise en charge minimale du ticket modérateur ; ces frais sont donc remboursés selon les conditions de la présente notice d'information, lorsqu'ils sont prévus.

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 de la Sécurité sociale sont rétablis sur la base des taux du régime général de la Sécurité sociale s'ils sont supérieurs.

Lorsque les professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire, les remboursements complémentaires au titre de la présente notice d'information 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 au tableau des garanties annexé à la présente notice.

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 au tableau 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 : 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 1^{er} jour d'hospitalisation**.
 - » Pour les frais de chambre particulière et de lit d'accompagnant, la prise en charge est limitée à :
 - » **365 jours,**
 - » **180 jours en cas de séjour en psychiatrie,**
 - » **30 jours par séjour en maison de santé pour maladies nerveuses et mentales,**
 - » **30 jours par année civile en cas de séjour d'un enfant en maison à caractère sanitaire ou en maison de cure thermale.**

À l'expiration de cette période de 365 jours, 180 jours ou 30 jours à l'exception de la limitation par année civile, le bénéficiaire 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 Liste des Produits et des Prestations (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, à 180 jours ou à 30 jours selon le séjour**).
 - » Forfait hospitalier.
 - » Lit d'accompagnant en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de moins de 12 ans bénéficiaire du contrat (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours, à 180 jours ou à 30 jours selon le séjour**). Ces frais comprennent les frais d'hébergement d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».

PRATIQUE MÉDICALE COURANTE 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, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).
- » Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement.
- » Frais d'analyse et de laboratoire.
- » Actes médicaux réalisés par un spécialiste 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).

- ❖ Radiologie et Ostéodensitométrie réalisées 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).

MÉDECINE ALTERNATIVE : par dérogation à l'article 8.1, peuvent être pris en charge les actes effectués par les praticiens suivants tels que 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 soit :

- ❖ Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession.
- ❖ Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).
- ❖ Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

PHARMACIE :

- ❖ Frais pharmaceutiques remboursés en tout ou partie par la Sécurité sociale.
- ❖ Traitement anti-tabac sur prescription médicale.
- ❖ Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale sur prescription médicale.

TRANSPORT :

- ❖ Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale.

OPTIQUE :

- ❖ **Équipement optique remboursé par la Sécurité sociale (deux verres, une monture) :** les prestations dépendent du degré de correction (dioptrie).

La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, période 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 (verre 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 cornéennes prises en charge par la Sécurité sociale,
- ❖ Lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables),
- ❖ Traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie).

DENTAIRE :

- ❖ Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie.
- ❖ Inlays - Onlays remboursés par la Sécurité sociale.
- ❖ Inlays core pris en charge par la Sécurité sociale.
- ❖ Implantologie : implant, pilier implantaire.
- ❖ Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale :
 - ❖ couronnes, bridges et inter de bridges,

- ❖ couronnes sur implant,
- ❖ prothèses dentaires amovibles,
- ❖ réparations sur prothèses.

- ❖ Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale :
 - ❖ couronnes et bridges,
 - ❖ prothèses dentaires provisoires,
 - ❖ réparations (sauf les réparations à caractère esthétique).
- ❖ Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale.

APPAREILLAGES :

- ❖ Orthopédie et autres prothèses,
- ❖ Prothèses auditives.

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.

Par assimilation, pour l'adoption d'un **enfant de moins de 10 ans** par le Participant, la même allocation est versée.

Seule la naissance d'un enfant du Participant (qu'il soit le père ou la mère) ouvre droit à prestation. De même en cas d'adoption, l'enfant doit être adopté par le Participant lui-même.

- ❖ Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale : les frais de cure thermale (forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement), acceptés par la Sécurité sociale.

PRÉVENTION :

L'Institution prend en charge les actes de prévention suivants :

- ❖ Un détartrage annuel complet sus et sous gingival des dents, effectué en 2 séances maximum.
- ❖ Le dépistage de l'hépatite B.
- ❖ Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien pour un **enfant de moins de 12 ans**.
- ❖ Examen de dépistage de l'ostéoporose passé entre 45 et 59 ans.

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

L'Institution peut prendre en charge les soins à l'étranger sous réserve de recevoir 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.

► Risques exclus

Ne donnent pas lieu aux garanties définies dans la présente notice d'information les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique. Ces exclusions ne s'appliquent pas aux actes mentionnés à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

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.

► Modalités de versement des prestations

Paiement des cotisations

Pour que vous puissiez bénéficier des prestations, l'Adhérent ou vous-même devez avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'il pourrait ou que vous pourriez devoir au titre du contrat.

Services de tiers payant

L'Institution met à votre disposition ainsi qu'à celle de vos bénéficiaires un service de dispense d'avance de frais dans la limite des remboursements prévus aux tableaux des garanties.

Une carte nominative comportant les garanties concernées sera remise à chaque bénéficiaire, assuré social à titre personnel. Elle permettra l'obtention du tiers payant auprès des professionnels de santé ayant passé une convention avec un prestataire de services choisi par l'Institution.

Le bénéficiaire qui n'utilise pas sa carte de tiers payant doit demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursé par l'Institution.

Prise en charge optique

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

Prise en charge hospitalière

Dès vous avez connaissance d'une hospitalisation en établissement conventionné avec la Sécurité sociale, vous pouvez en informer l'Institution qui vous délivrera une attestation de prise en charge.

Cette attestation de prise en charge vous dispensera 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, vous réglez le séjour hospitalier à l'établissement.

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 survenance des soins ou du décès par le bénéficiaire. À défaut, le bénéficiaire se voit opposer la prescription visée dans la présente notice.

Les bénéficiaires 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 aux bénéficiaires d'informer l'Institution de toute modification de ses coordonnées bancaires, **notamment en cas de modification de la situation familiale (instance de divorce, procédure en cours de rupture du PACS ou de séparation des concubins, succession).**

Justificatifs et contrôle

Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, vous ou vos bénéficiaires avez 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 votre 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 bénéficiaire 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 bénéficiaire 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'État et inscrits sur des registres nationaux.

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, etc...).

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 Noémie	
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...)
Soins courant (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante...)	Aucun document
Médecine alternative	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...) Facture détaillée et acquittée
Optique	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 Sécurité sociale
Traitements chirurgicaux des troubles visuels	Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré
Prothèses dentaires - Orthodontie ✦ Prises en charge ou 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 *
Maternité	Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou acte d'enfant sans vie
Adoption	Photocopie du certificat définitif d'adoption
Cure thermale	Facture acquittée du séjour
» Non bénéficiaire Noémie	
Pour les soins pris en charge par la Sécurité sociale	Décompte original de la Sécurité sociale Justificatif ci-dessus

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

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

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

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

► Entrée en vigueur des garanties - Suspension et conditions de maintien

Prise d'effet des garanties

Les garanties du contrat souscrit par votre employeur prennent effet immédiatement à compter de la date d'effet du contrat d'adhésion, pour les Participants présents à cette date quelle que soit leur ancienneté.

Les garanties étendues aux membres de votre famille prennent effet, sous réserve de la production des justificatifs :

- ✘ au plus tôt, à la même date que votre affiliation, lorsque vous avez exprimé votre choix d'étendre les garanties à votre famille,
- ✘ à la date de l'évènement dans le cas d'une affiliation suite à un changement de situation familiale,
- ✘ et dans les autres cas, au 1^{er} janvier, sous réserve que vous en fassiez la demande auprès de l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

Conditions de suspension des garanties

Suspension du contrat de travail rémunérées ou indemnisées

Le bénéfice du contrat est maintenu au profit des Participants dont la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée, par l'employeur directement (en cas de maintien de salaire total ou partiel) ou par la perception d'indemnités journalières complémentaires versées dans le cadre du contrat ou par la perception d'indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Ce maintien donne lieu à paiement des cotisations prévues au contrat.

Suspension du contrat de travail non rémunérées ou non indemnisées

Les Participants dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucun maintien de salaire ni perception d'indemnités journalières complémentaires comme par exemple les salariés en congés sans solde (congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé de formation ...) ou les salariés en état d'invalidité ; ont la possibilité de demander le maintien des garanties du contrat, pendant la suspension de leur contrat de travail dans le cadre d'un contrat collectif facultatif.

Ce maintien donne lieu à paiement à la charge exclusive du Participant des cotisations prévues au contrat.

Les cotisations seront recouvrées selon la périodicité indiquée sur le Bulletin Individuel d'Adhésion. En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, le Participant peut se voir appliquer des majorations de retard fixées au taux annuel de 2,6 % et courant, à compter de l'échéance.

À 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.

À l'exception des Participants bénéficiant d'un maintien total de salaire versé par l'Adhérent, la Rémunération brute s'entend de la rémunération perçue au cours des 12 mois civils précédant la suspension du contrat de travail.

Si le Participant ne compte pas 12 mois de présence à la date de suspension de son contrat de travail, le salaire annuel brut pris en compte est celui figurant au contrat de travail.

Le Participant dont le contrat de travail est suspendu qui bénéficie d'un maintien total de salaire cotise sur la base de celui-ci.

► Cessation de l'affiliation des Participants

Sous réserve de l'application du maintien de garanties santé au titre de la « portabilité des droits », l'affiliation du Participant cesse de plein droit :

- ✘ soit à la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat d'adhésion de l'employeur,
- ✘ soit à la date de sortie des effectifs,
- ✘ 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 de résiliation du contrat.

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties.

Si vous bénéficiez du tiers payant vous vous engagez, lors de votre départ, à remettre à l'Adhérent votre carte de tiers payant. L'Adhérent doit la retourner à l'Institution.

L'Institution récupère toutes prestations indûment réglées.

Votre radiation entraîne, à la même date, la radiation de l'ensemble des membres de votre famille.

► Maintien des garanties santé

Maintien des garanties santé au titre de la « Portabilité des droits »

Conditions au maintien de l'affiliation

Sous réserve pour le Participant d'être éligible à ce dispositif, l'affiliation et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les bénéficiaires sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail du Participant 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'Institution tient à la disposition de l'Adhérent un formulaire type « Déclaration de portabilité » qu'il devra lui retourner dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture. À défaut, l'affiliation du Participant cesse de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

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

Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation du Participant 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. 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.

Cessation du maintien de l'affiliation

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 ci-après,
- ❖ en cas de résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise, quelle qu'en soit la cause.

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 au titre desquelles il était affilié lors de la rupture de son contrat de travail.

Le cas échéant, le maintien de garanties est accordé aux ayants droit, tels que définis au contrat.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat 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, 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 est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité.

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

Peuvent continuer à bénéficier des garanties du contrat dans le cadre d'un contrat individuel, moyennant le paiement de cotisations spécifiques :

- ❖ 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 ou le cas échéant dans les six mois qui suivent le terme du maintien de couverture au titre de la portabilité visée ci-dessus,
- ❖ 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'Institution adresse la proposition de maintien de la couverture 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 de maintien au titre de la portabilité ou du décès, l'Adhérent devant en informer préalablement l'Institution.

► Cotisations

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le Participant et de la communication à l'Institution des justificatifs visés dans la présente notice.

Le montant de la cotisation est prévu pour chaque personne couverte.

La cotisation « Enfant » est gratuite à compter du 3^{ème} enfant affilié.

Paiement des cotisations

Régime obligatoire

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

La répartition du coût des cotisations entre l'Adhérent et les Participants est fixée par la Convention collective.

L'Adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'Institution. À ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'Institution, aux différentes échéances prévues.

L'Institution se réserve le droit d'informer directement les Participants de la défaillance de l'Adhérent.

Extension facultative des membres de la famille du Participant

Les cotisations sont exprimées en fonction du plafond annuel de la Sécurité sociale.

Les cotisations concernant l'extension des garanties aux membres de la famille du Participant sont recouvrées auprès du Participant sur son compte bancaire selon la périodicité indiquée sur la déclaration d'affiliation.

À défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'extension des garanties aux membres de sa famille 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'extension des garanties aux membres de la famille 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 mentionnées ci-dessous.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, le Participant peut se voir appliquer des majorations de retard fixées au taux annuel de 2,6 % et courant, à compter de l'échéance.

La couverture de l'extension facultative 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.

► Effet de la résiliation ou du non renouvellement

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat d'adhésion de l'Adhérent met fin aux 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 sous réserve des dispositions de l'article « Demandes de Remboursement » de la présente notice.

► Recours - Prescription

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.

Prescription

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 ignorée jusque-là.

Lorsque l'action de l'Adhérent ou des bénéficiaires 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 ou les bénéficiaires concernés 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 :

- ✘ en vue d'obtenir le paiement de cotisations, de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par l'Institution à l'Adhérent, lorsque celui-ci assure le précompte de la cotisation au titre du contrat collectif ou au Participant, lorsque l'Adhérent n'assure pas ce précompte.
- ✘ de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par le Participant ou ses ayants droit à l'Institution en vue d'obtenir le règlement d'une prestation.

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

► Dispositions diverses

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. 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 - cellule Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant Couturier - 92246 Malakoff cedex. Le Participant 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 lui être demandé par l'Institution pour confirmer son identité 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 CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.

Prospection par voie téléphoniqueue

Le Participant qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphoniqueue peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphoniqueue 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 présent contrat est en cours sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire en assurance, 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 30, à l'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de prospection notamment commerciale, en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

► Réclamation - 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 du présent régime, à l'adresse suivante :

Humanis Prévoyance

Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45777 Saran cedex

Tél : 0 969 39 08 33 (appel non surtaxé).

À 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, l'Institution 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 l'Institution et après épuisement des voies de recours internes, l'entreprise, le Participant, les bénéficiaires 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 (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 le médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de médiation du CTIP disponible sur le site internet susvisé.

► Contrôle de l'Institution

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 Place de Budapest - 75436 Paris cedex 09.

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.

Bénéficiaire : Le Participant et, le cas échéant, ses ayants droit dans les conditions définies aux Conditions Générales.

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.

Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) : base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) multipliée 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.

OPTAM / OPTAM-CO : suite à la nouvelle convention médicale du 25 août 2016, publiée au Journal Officiel du 23 octobre 2016 et afin de maintenir le caractère responsable du contrat, les mentions contractuelles « 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 ».

Le dispositif de Contrat d'Accès aux Soins, pouvant être conclu jusqu'au 31 décembre 2016 pour une durée de trois ans, s'achèvera au plus tard au 31 décembre 2019. Durant cette période, il y aura coexistence des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée CAS - OPTAM/ OPTAM-CO, sans autre impact sur les garanties et cotisations.

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 par arrêté.

Rémunération brute : Sommes et avantages perçus par le Participant assujettis à charges sociales dans les conditions prévues à l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale.

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.

LES ACTIVITÉS SOCIALES : 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.

Service social

09 72 72 23 23

Du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30, appel non surtaxé.

ANNEXE I - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

À effet du 1^{er} janvier 2018

► **Contrat d'assurance collective régime frais de santé** (quel que soit le régime de Sécurité sociale général ou local)

Descriptif des garanties	Prestations Les remboursements ci-dessous s'entendent sous déduction de ceux de la Sécurité sociale
HOSPITALISATION (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Hospitalisation médicale et chirurgicale :	
Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques)	Établissements conventionnés : 100 % des frais réels dans la limite de 230 % BR Établissements non conventionnés : 80 % des frais réels dans la limite de 230 % BR
Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin signataire OPTAM/OPTAM CO ⁽²⁾	Établissements conventionnés : 100 % des frais réels dans la limite de 230 % BR Établissements non conventionnés : 80 % des frais réels dans la limite de 230 % BR
Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin non signataire OPTAM/OPTAM CO ⁽²⁾	Établissements conventionnés : 100 % des frais réels dans la limite de 200 % BR Établissements non conventionnés : 80 % des frais réels dans la limite de 200 % BR
Chambre Particulière (y compris en maternité) ⁽³⁾	2 % du PMSS par jour
Forfait Hospitalier	100 % des frais réels
Lit d'accompagnant pour un enfant de moins de 12 ans ⁽³⁾	1 % du PMSS par jour
Forfait acte lourd	Pris en charge
PRATIQUE MÉDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Consultation, visite d'un généraliste signataire OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	200 % BR
Consultation, visite d'un généraliste non signataire OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	180 % BR
Consultation, visite d'un spécialiste signataire OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	220 % BR
Consultation, visite d'un spécialiste non signataire OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	200 % BR
Actes médicaux réalisés par un spécialiste signataire OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	220 % BR
Actes médicaux réalisés par un spécialiste non signataire OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	200 % BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	160 % BR
Frais d'analyse et de laboratoire	160 % BR
Forfait acte lourd	Pris en charge
Radiologie, Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale réalisées par un médecin signataire OPTAM/OPTAM CO ⁽²⁾	190 % BR
Radiologie, ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale réalisées par un médecin non signataire OPTAM/OPTAM CO ⁽²⁾	170 % BR
MÉDECINE ALTERNATIVE ⁽⁴⁾	
Ostéopathie, acupuncture, chiropractie	30 euros par séance dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire
PHARMACIE	
Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité
Traitement anti-tabac sur prescription médicale	100 euros par an et par bénéficiaire
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale sur prescription médicale	5 % du PMSS par an et par bénéficiaire
TRANSPORT	
Frais de Transport pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR

Descriptif des garanties	Prestations Les remboursements ci-dessous s'entendent sous déduction de ceux de la Sécurité sociale
OPTIQUE	
Verres	Selon la grille optique ci-après
Monture	
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale y compris jetables	
Traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	
	6 % du PMSS par an et par bénéficiaire, au-delà 100 % BR
	7 % du PMSS par an et par bénéficiaire
	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 15 % du PMSS par œil
DENTAIRE	
Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	170 % BR
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale	170 % BR
Inlays core pris en charge par la Sécurité sociale	250 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Réparations sur prothèses	370 % BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale : - Couronnes et bridges - Prothèses dentaires provisoires - Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)	270 euros par acte (maximum 3 par an et par bénéficiaire)
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	300 % BR
Implantologie : - implant - pilier implantaire	12 % du PMSS 8 % du PMSS
Le remboursement du poste implantologie (implant + pilier implantaire) s'entend dans la limite maximale de 60 % du PMSS par an et par bénéficiaire	
APPAREILLAGE	
Orthopédie et autres prothèses	160 % BR
Prothèses auditives	160 % BR
ALLOCATIONS FORFAITAIRES	
Maternité	Allocation forfaitaire égale à 20 % du PMSS
Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale	10 % du PMSS par an et par bénéficiaire
PRÉVENTION	
Détartrage complet sus et sous gingival des dents	170 % BR dans la limite de 2 séances par an et par bénéficiaire
Dépistage de l'hépatite B	160 % BR
Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	30 € maximum
Examen de dépistage de l'ostéoporose passé entre 45 ans et 59 ans	50 € par an et par bénéficiaire

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

(2) OPTAM/OPTAM CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1^{er} janvier 2017, le Contrat d'accès aux soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnés à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM/OPTAM CO.

(3) La prise en charge en hospitalisation médicale par l'Institution des frais de chambre particulière et de lit d'accompagnant est limitée à :

- ❖ 365 jours,
- ❖ 180 jours en cas de séjour en psychiatrie,
- ❖ 30 jours par séjour pour les séjours en maison de santé pour maladies nerveuses et mentales,
- ❖ 30 jours par année civile pour le séjour d'un enfant en maison à caractère sanitaire ou en maison de cure thermale.

(4) ❖ les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession.

❖ les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).

❖ les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Ticket modérateur : différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le montant remboursé par la Sécurité sociale - BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale - PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année.

GRILLE OPTIQUE

GRILLE OPTIQUE						
Grille Optique	Adultes			Enfants de moins de 18 ans		
Verres						
Type de verre	Code LPP	Forfait par verre	2 V + 1 M *	Code LPP	Forfait par verre	2 V + 1 M *
Verres simple foyer, sphérique						
Sphères de -6 à +6	2203240, 2287916	90 €	330 €	2242457, 2261874	60 €	210 €
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	110 €	370 €	2243304, 243540, 2291088, 2297441	80 €	250 €
Sphère < -10 ou > +10	2235776, 2295896	130 €	410 €	2248320, 2273854	100 €	290 €
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques						
Cylindre < +4 Sphère de -6 à +6	2226412, 2259966	100 €	350 €	2200393, 2270413	70 €	230 €
Cylindre < +4 Sphère < -6 ou > +6	2254868, 2284527	120 €	390 €	2219381, 2283953	90 €	270 €
Cylindre > +4 Sphère de -6 à +6	2212976, 2252668	140 €	430 €	2238941, 2268385	110 €	310 €
Cylindre > +4 Sphère < -6 ou > +6	2288519, 2299523	160 €	470 €	2206800, 2245036	150 €	390 €
Verres multi-focaux ou progressifs sphériques						
Sphère de -4 à +4	2290396, 2291183	250 €	650 €	2264045, 2259245	170 €	430 €
Sphère < -4 ou > +4	2245384, 2295198	270 €	690 €	2202452, 2238792	190 €	470 €
Verres multi-focaux ou progressifs sphéro-cylindriques						
Sphère de -8 à +8	2227038, 2299180	300 €	750 €	2240671, 2282221	200 €	490 €
Sphère < -8 ou > +8	2202239, 2252042	320 €	790 €	2234239, 2259660	220 €	530 €
Montures	Code LPP	Remboursement	1 M *	Code LPP	Remboursement	1 M *
Monture	223342	150 €	150 €	2210546	90 €	90 €

* 2V + 1M (équipement) doivent s'entendre en complément de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

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 (ou du premier élément de l'équipement, verres ou monture) par le Participant.



SANTÉ – PRÉVOYANCE – RETRAITE – ÉPARGNE

Humanis Prévoyance - Institution de prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°410 005 110 - Siège social : 29, boulevard Edgar Quinet 75014 Paris.