

CONTRAT D'ADHESION



348 rue Puech Villa – B.P. 7209
34183 MONTPELLIER Cedex 04
Tél : 09 77 40 06 90 (appel non surtaxé)
Fax : 04 67 61 53 95

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ENTREPRISES D'ARCHITECTURE

CADRE RESERVE A HUMANIS PREVOYANCE

N° Adhérent : _____
N° Contrat
- à adhésion collective obligatoire : **CCN510101**
- à adhésion collective facultative : **CCN510102**
Date d'effet de l'adhésion : _____

CONTRAT STANDARD

**GARANTIES FRAIS DE SANTE
COMPLEMENTAIRES A CELLES DU REGIME
CONVENTIONNEL**

Raison sociale: _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Adresse de correspondance (si différente) : _____
Téléphone : _____ Télécopie _____ e-mail : _____
Date de création : _____ Forme juridique : _____
Code NAF : _____ N° SIREN : _____
Nature de l'activité : _____
Effectif concerné à la date de l'adhésion : _____

L'entreprise, ci-dessus nommée, représentée par _____
agissant en qualité de _____ muni de tous les pouvoirs nécessaires ⁽¹⁾ **déclare,**
souscrire au présent contrat assuré par Humanis Prévoyance, régi par la Convention Collective Nationale des
Entreprises d'Architecture et ses avenants ⁽²⁾ et les Conditions Générales Humanis Prévoyance référencées « cg-ionis-
santé-collective-octobre2006-maj octobre2010 », comme suit (cochez en fonction de vos souhaits) :

Catégorie	<input type="checkbox"/> l'ensemble de son personnel
	<input type="checkbox"/> son personnel Cadre (salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
	<input type="checkbox"/> son personnel Cadre et article 36 (salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)
	<input type="checkbox"/> son personnel Non Cadre y compris article 36 (salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
	<input type="checkbox"/> son personnel Non Cadre (salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)
Type d'adhésion	<input type="checkbox"/> Adhésion collective obligatoire (appel des cotisations auprès de l'entreprise)
	<input type="checkbox"/> Adhésion collective facultative ⁽³⁾ (appel des cotisations auprès du salarié)

(1) L'adhésion constituant un engagement contractuel de l'entreprise, la présente demande doit être signée par un représentant légal de l'entreprise ou, à défaut, par une personne dûment habilitée à prendre cet engagement. Afin d'enregistrer l'adhésion, l'entreprise doit joindre au présent document un Kbis de moins de 3 mois ou le récépissé de déclaration à la Préfecture pour une Association.

(2) Le contrat ne peut être souscrit seul. Il vient obligatoirement en complément du régime conventionnel des Entreprises d'Architecture souscrit auprès d'Humanis Prévoyance. La résiliation de ce régime entraînera la résiliation du présent contrat à la même date d'effet.

(3) Dans le cadre d'une adhésion collective facultative, le participant pourra résilier son adhésion aux garanties frais de santé dans les conditions suivantes : après une durée minimale de cotisation d'un an (sauf rupture du contrat de travail), sous réserve d'un préavis d'un mois et à une date d'effet au 31 décembre de l'année. Toute résiliation de la part du participant aura un caractère définitif pour une période de 2 ans sauf changement de situation familiale. Par dérogation à l'article 8.2 des Conditions Générales « cg-ionis-santé-collective-octobre2006-maj octobre2010 » les garanties prennent effet sans délai d'attente.

> ENGAGEMENT

Le contrat est souscrit à effet du 1^{er} jour du mois civil suivant l'envoi du contrat (cachet de la poste faisant foi) ; un double vous sera retourné après acceptation par Humanis Prévoyance.

Les garanties du contrat et les cotisations figurent en annexe du présent contrat d'adhésion. L'entreprise déclare avoir reçu et pris connaissance du présent contrat, des Conditions Générales Humanis Prévoyance référencées « cg-ionis-santé-collective-octobre2006-maj octobre2010 » **(et des dispositions contractuelles complémentaires annexées)** ainsi que de la notice d'information « NI-architectes-santé- complémentaire » (MAJ janvier 2016) ».

L'employeur
Fait à _____ le _____
Signature (et cachet)

HUMANIS PREVOYANCE
Fait à _____ le _____
Le Directeur
Signature (et cachet)

Conformément à la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données personnelles en écrivant à l'adresse : Groupe Humanis – cellule CNIL – satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex ou par courriel à contact-cnil@humanis.com. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.

Humanis Prévoyance – Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale – Siège social : 29 Boulevard Edgar Quinet 75014 Paris – Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 61 rue Taitbout 75009 Paris

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ENTREPRISES D'ARCHITECTURE

CONTRAT STANDARD CCN510101 / CCN510102

ANNEXE – GARANTIES

L'INSTITUTION verse les prestations au titre du contrat déduction faite du remboursement de la sécurité sociale et du contrat socle collectif obligatoire.

Les garanties exprimées en forfait en euros ou en pourcentage du PMSS sont complémentaires aux éventuelles prestations versées au titre du régime de base de la Sécurité sociale

Garanties CCN des Entreprises d'Architecture	Régime Optionnel
Frais d'hospitalisation	
Chirurgie – Hospitalisation	
Frais de séjour	400 % BR
Honoraires CAS (1)	400% BR
Honoraires Non CAS	200 % BR
Forfait actes lourds	Couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour
Forfait hospitalier	Couverture aux frais réels, Actuellement : 18 € par jour
Chambre particulière par jour	
Conventionnée	100 % FR dans la limite de 3 % du PMSS
Non conventionnée	100% FR dans la limite de 3 % du PMSS
Personne accompagnante	
Conventionnée	100 % FR dans la limite de 1,5 % du PMSS
Non conventionnée	100% FR dans la limite de 3% du PMSS

Frais médicaux	
Consultations – visites Généralistes CAS	240 % BR
Consultations – visites Généralistes Non CAS	200 % BR
Consultations – visites Spécialistes CAS	320 % BR
Consultations – visites Spécialistes Non CAS	200 % BR
Pharmacie	100 % BR
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	1,5 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Analyses	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) CAS	145 % BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) Non CAS	125 % BR
Radiologie CAS	100 % BR
Radiologie Non CAS	100 % BR
Orthopédie et autres prothèses	260 % BR
Prothèses auditives	30 % du PMSS par oreille (2 oreilles par an max)
Transport accepté par la Sécurité sociale	100 % BR
Dentaire	
Soins dentaires	100 % BR
Soins dentaires avec dépassements	250 % BR
Orthodontie	
Acceptée par la Sécurité sociale	350 % BR
Refusée par la Sécurité sociale	250 % BR
Prothèses dentaires (2)	
Remboursées : dents du sourire (3)	570 % BR
Remboursées : dents de fond de bouche	420 % BR

Inlays-cores	250 % BR
Non remboursées par la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire	5 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Parodontologie	12 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Implantologie par an et par bénéficiaire	25 % du PMSS par an et par bénéficiaire
OPTIQUE	
Verres	Grille optique (4)
Montures	
Lentilles	10 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Prescrites : Acceptée, refusée, jetables	
Chirurgie réfractive (par œil)	32% du PMSS par œil
DIVERS	
Cures thermales (hors thalassothérapie)	
Acceptée par la Sécurité sociale	15 % du PMSS par an e par bénéficiaire
Refusée par la Sécurité sociale	250% BR
Médecine douce (Ostéopathie, Etiopathie, Acupuncteur,...)	
Reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels	5 x 50 € par an et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie osseuse	
Par bénéficiaire	100 € par an et par bénéficiaire
Actes de Prévention	
Tous les actes des contrats responsables	Oui au ticket modérateur
Patch anti-tabac	2% du PMSS par an et par bénéficiaire

(1) CAS : Médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins

(2) Limite à 3 prothèses dentaires par année civile remboursées par la Sécurité sociale et par bénéficiaire. Au-delà, la garantie appliquée est celle du décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 (125% BR).
Dents du sourire : ce sont les Incisives – Canines – Premières Prémolaires

(3) Ces dents correspondent au numéro de dent 11/ 12/ 13/ 14/ 15/ 21/ 22 /23/ 24/ 25/ 31/32/ 33/ 34/ 41/ 42/ 43/ 44

(4) Conformément au Décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014, le remboursement d'un équipement optique, composé d'une monture et de deux verres, n'est possible que tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle.

Grille Optique

Cette grille optique s'entend en complément des remboursements de la Sécurité Sociale. Les montants sont indiqués par verre par période de 1 an pour les mineurs ou en cas de changement de correction, par période de 2 ans pour les adultes (sans changement de correction).

Régime Général

Grille régime Général	Mineurs < 18 ans					Adultes				
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass	2 V + 1 M*	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass.	2 V + 1 M*
Verres Simple Foyer, Sphérique										
Sphère de -6 à +6	2242457, 2261874,	12,04€	7,22€	85,00€	270,00€	2203240, 2287916	2,29€	1,37€	125,00€	400,00€
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68€	16,01€	105,00€	310,00€	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12€	2,47€	145,00€	440,00€
Sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97€	26,98€	125,00€	350,00€	2235776, 2295896	7,62€	4,57€	165,00€	480,00€
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques										
Cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94€	8,96€	95,00€	290,00€	2226412, 2259966	3,66€	2,20€	135,00€	420,00€
Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28€	21,77€	115,00€	330,00€	2254868, 2284527	6,86€	4,12€	155,00€	460,00€
Cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90€	16,74€	135,00€	370,00€	2212976, 2252668	6,25€	3,75€	175,00€	500,00€
Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50€	27,90€	155,00€	410,00€	2288519, 2299523	9,45€	5,67€	195,00€	540,00€
Verres Multifocaux ou Progressifs sphériques										
Sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18€	23,51€	170,00€	440,00€	2290396, 2291183	7,32€	4,39€	250,00€	650,00€
Sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30€	25,98€	190,00€	480,00€	2245384, 2295198	10,82€	6,49€	270,00€	690,00€
Verres Multifocaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques										
Sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60€	26,16€	200,00€	500,00€	2227038, 2299180	10,37€	6,22€	280,00€	710,00€
Sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62€	39,97€	220,00€	540,00€	2202239, 2252042	24,54€	14,72€	300,00€	750,00€
Garantie	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass.	1 M*	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass.	1 M*
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	100,00 €	100,00 €	2223342	2,84 €	1,70 €	150,00 €	150,00 €

Régime Local

Grille régime Local	Mineurs < 18 ans					Adultes				
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass	2 V + 1 M*	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass.	2 V + 1 M*
Verres Simple Foyer, Sphérique										
Sphère de -6 à +6	2242457, 2261874,	12,04€	10,84€	81,39€	253,63€	2203240, 2287916	2,29€	2,06€	124,31€	397,77€
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68€	24,01€	97,00€	284,85€	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12€	3,71€	143,76€	436,67€
Sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97€	40,47€	111,51€	313,87€	2235776, 2295896	7,62€	6,86€	162,71€	474,57€
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques										
Cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94€	13,45€	90,52€	271,89€	2226412, 2259966	3,66€	3,29€	133,90€	416,95€
Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28€	32,65€	104,12€	299,09€	2254868, 2284527	6,86€	6,17€	152,94€	455,03€
Cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90€	25,11€	126,63€	344,11€	2212976, 2252668	6,25€	5,63€	173,13€	495,41€
Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50€	41,85€	141,05€	372,95€	2288519, 2299523	9,45€	8,51€	192,17€	533,49€
Verres Multifocaux ou Progressifs sphériques										
Sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18€	35,26€	158,25€	407,35€	2290396, 2291183	7,32€	6,59€	247,80€	644,75€
Sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30€	38,97€	177,01€	444,87€	2245384, 2295198	10,82€	9,74€	266,75€	682,65€
Verres Multifocaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques										
Sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60€	39,24€	186,92€	464,69€	2227038, 2299180	10,37€	9,33€	276,89€	702,93€
Sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62€	59,96€	200,01€	490,87€	2202239, 2252042	24,54€	22,09€	292,64€	734,43€
Garantie	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass.	1 M*	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass.	1 M*
Monture	2210546	30,49 €	27,44€	90,85€	90,85 €	2223342	2,84 €	2,56 €	149,15€	149,15€

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ENTREPRISES D'ARCHITECTURE

CONTRAT STANDARD CCN510101 / CCN510102

ANNEXE – COTISATIONS

COTISATIONS (régime général et régime local) (en complément des cotisations du régime conventionnel prévues par la Convention Collective Nationale des Entreprises d'Architecture)		
OPTION A	Adhésion collective obligatoire ➤ Salarié seul ➤ Couple ➤ Famille	▫ 0.27 % PMSS / mois ▫ 0.53 % PMSS / mois ▫ 0.72 % PMSS / mois
	Adhésion collective facultative ➤ Salarié seul ➤ Couple ➤ Famille	▫ 0.28 % PMSS / mois ▫ 0.57 % PMSS / mois ▫ 0.77 % PMSS / mois

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ENTREPRISES D'ARCHITECTURE

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES COMPLEMENTAIRES AUX CONDITIONS GENERALES HUMANIS PREVOYANCE : « CG-IONIS-SANTE-COLLECTIF- OCTOBRE 2006-MAJ OCTOBRE 2010 »

MAINTIEN DES GARANTIES SANTE EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

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

L'article 20 des Conditions Générales est modifié en conséquence et est désormais rédigé comme suit :

20.1 Maintien des garanties au titre de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale

Conformément à l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale, les salariés bénéficient, du maintien à titre gratuit des garanties du régime en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions suivantes :

1. Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder douze mois. La période de maintien ainsi calculée inclut le mois de maintien gratuit visé en préambule du présent article ;
2. Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
3. Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
4. L'ancien salarié justifie auprès de l'Institution, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties de prévoyance, dans les conditions mentionnés ci-après ;

Pour la mise en œuvre du dispositif auprès de l'Institution, l'entreprise doit adresser à cette dernière une demande nominative de maintien de garantie pour chaque ancien salarié. En outre, l'ancien salarié doit l'informer de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits.

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.

Le maintien des garanties cesse avant l'expiration de la période à laquelle l'ancien salarié peut prétendre, à la date à laquelle :

- il cesse d'être indemnisé par le régime d'assurance chômage,
- il bénéficie d'une pension de retraite du régime général,
- le contrat est résilié.

L'ancien salarié doit également informer l'Institution sans délai de tout événement ayant pour conséquence de faire cesser ses droits à maintien des garanties avant l'expiration de la période prévue, ceci afin d'éviter que des prestations ne soient indûment versées.

Le financement de ce dispositif fait l'objet d'un système de mutualisation intégré aux cotisations des salariés actifs (part patronale et part salariale) permettant aux anciens salariés de bénéficier de ce dispositif sans paiement de cotisations.

20.2 Droit au maintien des garanties frais de santé au titre de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989

DANS LE CADRE D'UN CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE

En application de l'article 4 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 :

➤ Les anciens salariés, bénéficiaires d'une rente d'incapacité, d'une pension d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, peuvent demander à souscrire, à titre individuel, un contrat leur offrant un ensemble de garanties comparables. Toutefois, les intéressés doivent 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 suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties.

L'Institution adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire.

➤ Les personnes garanties du chef du participant décédé peuvent également continuer à bénéficier des garanties Santé à titre individuel, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve de formuler leur demande dans les six mois suivant le décès.

L'Institution leur adresse la proposition de maintien de la couverture dans le délai de deux mois à compter du décès, l'Adhérent devant en informer préalablement l'Institution.

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

Les tarifs proposés par l'Institution sont fonction des risques apportés. Ils ne peuvent toutefois être majorés que dans la limite de 50 % par rapport au tarif global des salariés actifs.

DANS LE CADRE D'UN CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF

En application de l'article 5 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, sous réserve du paiement des cotisations et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration, à compter de l'adhésion de l'intéressé, l'Institution ne peut refuser de maintenir aux intéressés le remboursement ou l'indemnisation des frais de santé. Les personnes visées sont celles qui sont affiliées au contrat collectif tant que celles-ci le souhaitent, sans réduction des garanties souscrites, aux conditions tarifaires de la catégorie dont elles relèvent, avec maintien, le cas échéant, de la cotisation ou de la prime pour risque aggravé.

L'Institution ne peut ultérieurement augmenter le tarif d'un assuré ou d'un adhérent en se fondant sur l'évolution de l'état de santé de celui-ci. Si elle veut majorer les tarifs d'un type de garantie ou de contrat, la hausse doit être uniforme pour l'ensemble des adhérents souscrivant ce type de garantie ou de contrat.

RÉCLAMATIONS – MEDIATION

L'article 18 des Conditions Générales intitulé « RÉCLAMATIONS » est modifié comme suit :

« L'INSTITUTION met à la disposition des ADHERENTS, des PARTICIPANTS la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du contrat, à l'adresse suivante :

HUMANIS Prévoyance
Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45 777 SARAN Cedex

Tél. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les correspondances adressées par le centre de gestion

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

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, 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 du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

Médiateur du CTIP
10 rue Cambacérès – 75008 PARIS
Tél : 01 42 66 68 49
www.ctip.asso.fr
mediateur@ctip.asso.fr

L'avis du médiateur est remis aux parties dans un délai de cinq mois à compter de sa saisine. »

GARANTIES FRAIS DE SANTE

➤ **L'article 2 « Contrat Responsable » des Conditions Générales est remplacé comme suit :**

Le contrat répond aux nouveaux critères qualifiant les contrats de « solidaires et responsables » par référence aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code la Sécurité sociale.

Il respecte en outre les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même Code.

Conformément à cette réglementation, sont ainsi pris en charge les niveaux minimum de remboursements suivants :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, (les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie ne pourront être pris en charge que si ils sont prévus au tableau des garanties, dans les limites fixés par celui-ci). Est notamment pris en charge, à hauteur du ticket modérateur, l'ensemble des actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale ;
- les frais dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale dans le respect du plancher de remboursement prévu par la réglementation ;
- la participation forfaitaire de 18€ pour les actes mentionnés à l'article R.160-16 I du Code de la Sécurité sociale ;
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée ;
- la prise en charge des équipements d'optique médicale dans le respect des minima et des maxima énoncés à l'article R.871-2 3° du Code de la Sécurité sociale, incluant le ticket modérateur et des périodes définies pour leur renouvellement.

La prise en charge d'un équipement optique, composé d'une monture et deux verres, est renouvelée tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle.

La périodicité de deux ans ou d'un an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge au titre de la garantie.

En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement (monture ou verres).

L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie, soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la Sécurité sociale.

Lorsque les garanties prévoient la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale médicale mentionnée à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, celle-ci s'effectue dans la double limite de 100% de la base de remboursement et, du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20% de la base de remboursement.

En tout état de cause, les garanties ne prennent pas en charge :

- conformément à l'article L.160-3 du Code de la Sécurité sociale, la participation forfaitaire due par le Bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale.
- conformément à l'article L.160-13 III, la franchise applicable pour certains frais relatifs aux 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 et transports mentionnés au 2° de l'article L.160-8 du Code de la Sécurité sociale).
- conformément à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, la majoration de la participation supportée par le Bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.
- la majoration de la participation supportée par le Bénéficiaire et les ayants droit sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L.1111-15 du code de la santé publique (accès au dossier médical Personnel).
- les dépassements d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque le Salarié et ses ayants droit consultent sans prescription du médecin traitant ou sans désignation préalable d'un médecin traitant.
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

➤ **L'article 26 « règlements des prestations » des Conditions Générales, est complété comme suit :**

- ✓ Les dépassements d'honoraires des professionnels de santé spécialistes et généralistes hors parcours de soins sont réduits dans les mêmes conditions quel que soit le secteur conventionnel d'exercice.
- ✓ Lorsque ces mêmes professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et non signataires du contrat d'accès aux soins, la base de remboursement retenue pour le calcul de la prise en charge du dépassement d'honoraires pratiqué est celle du tarif d'autorité.
- ✓ Les prestations de la garantie souscrite sont exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale, selon les conditions figurant dans la présente notice d'information.
- ✓ Les garanties du contrat prévoient par ailleurs une prise en charge limitée à un équipement optique composé de deux verres et d'une monture, remboursé par la Sécurité sociale, tous les deux ans. Cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue. Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement par le PARTICIPANT. Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

JUSTIFICATIFS ET CONTRÔLE

L'article 32 des Conditions Générales « Déclaration de sinistres et formalités » est remplacé par l'article « Justificatifs et contrôle » suivant :

- « Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, le Bénéficiaire a la possibilité d'adresser par voie postale tout document comportant ce type de données, sous pli cacheté portant la mention "Confidentiel", à l'attention de Monsieur le Médecin-conseil - Centre de Service Prestations Santé dont l'adresse figure sur sa carte de tiers-payant.
- Le service médical de l'INSTITUTION peut faire procéder par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé désigné par lui, au contrôle médical du 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, en cas de fraude avérée, par le Bénéficiaire.

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 et de s'assurer du respect effectif des dispositions de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

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 paiement des prestations, y **compris après résiliation du contrat**.

- Pour ouvrir droit à prise en charge, les actes ou soins doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat et inscrits sur des registres nationaux.
- En cas de refus de se soumettre au contrôle médical ou à défaut de fournir les justificatifs demandés, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge.

Les justificatifs à fournir par le bénéficiaire pour ses demandes de remboursement sont détaillés ci-après :

Bénéficiaire NOEMIE	Justificatifs à fournir
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 courants (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante,...)	Aucun document
Médecine douce	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)
Optique - Chirurgie réfractive	Facture détaillée et acquittée En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent et : - soit une nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction ; - soit la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant les nouvelles corrections. Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non remboursées par la Sécurité Sociale Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré
Prothèses dentaires – Orthodontie – Parodontologie remboursées ou non 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. *

Cure thermale	Facture acquittée du séjour
----------------------	-----------------------------

Non Bénéficiaire Noémie	Justificatifs à fournir
Pour les soins remboursés par la Sécurité Sociale	Décompte original de la Sécurité Sociale Justificatifs ci-dessus