



**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
DES ENTREPRISES D'ARCHITECTURE**

**CONDITIONS GENERALES
GARANTIE FRAIS DE SANTE**

(Ref. cg-architectes-santé-collectif-août 2010)

Mise à jour Janvier 2016

MALAKOFF MEDERIC PREVOYANCE (ex URRPIMMEC) - Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale - 21, rue Lafitte, 75009 PARIS

HUMANIS PREVOYANCE –Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale – 29 Boulevard Edgar Quinet, 75014 PARIS

TITRE I

DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 - OBJET

Les présentes conditions générales fixent les conditions dans lesquelles MALAKOFF MEDERIC PREVOYANCE et HUMANIS PREVOYANCE, institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale, assurent au participant et à sa famille, conformément à l'accord du 5 juillet 2007 (et avenants subséquents) de la Convention Collective Nationale des entreprises d'architecture et en contrepartie des cotisations, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Les prestations garanties sont précisées au Titre II des présentes conditions générales.

MALAKOFF MEDERIC PREVOYANCE ET HUMANIS PREVOYANCE sont coassureurs de la garantie frais de santé pour une quote part de 50% chacune. Chaque Institution est engagée auprès de chaque Adhérent à hauteur de sa seule quote part.

ARTICLE 2 - CADRE JURIDIQUE

Les conditions contractuelles sont régies par la législation et la réglementation en vigueur à la date d'effet des présentes conditions générales. En tout état de cause, il se conforme à l'ensemble de la législation et de la réglementation sur le contrat responsable par référence aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Il est en outre conforme aux exigences posées par les articles L.911-7 et D.911-1 du Code de la Sécurité Sociale relatif au panier de soins minimums.

En cas d'évolution de ce cadre juridique, les présentes conditions générales seront revues notamment selon les dispositions de l'article 10.

ARTICLE 3 - ADHESION

L'Entreprise relevant de la Convention Collective Nationale des entreprises d'architecture qui adhère au régime est alors dénommée l'Adhérent. Le régime, souscrit pour répondre aux obligations de l'accord du 5 juillet 2007 de ladite Convention Collective, est formé des Conditions générales ainsi que d'un contrat d'adhésion qui comportent notamment :

- la date d'effet de l'adhésion,
- la définition de la (ou des) catégorie(s) de personnel visée(s).

L'Adhérent informera HUMANIS PREVOYANCE de toute transformation intervenant dans sa situation juridique ou économique (cession d'exploitation, location gérance, etc. ...).

HUMANIS PREVOYANCE qui recueille l'adhésion de l'entreprise assume l'intégralité de la gestion du régime, elle est ci-après dénommée l'Institution.

ARTICLE 4 - DUREE DU CONTRAT - RENOUELEMENT

L'adhésion prend effet à la date fixée au contrat d'adhésion et expire le 31 décembre suivant et se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf résiliation à l'initiative de l'Adhérent, qui doit alors en informer Humanis Prévoyance par lettre recommandée avec avis de réception, en respectant un préavis de deux mois, soit au plus tard le 31 octobre

Cependant, en cas de changement d'activité plaçant l'entreprise adhérente en dehors du champ d'application de la Convention collective nationale, l'entreprise devra notifier ce changement à HUMANIS PREVOYANCE par lettre recommandée avec avis de réception qui aura valeur de lettre de résiliation. La résiliation prendra effet à la date du changement d'activité.

ARTICLE 5 - PARTICIPANTS

1) PRINCIPE – AFFILIATION OBLIGATOIRE

Sont garantis au titre de participants les salariés de l'Adhérent qui appartiennent à la (aux) catégorie(s) de personnel définie(s) au contrat d'adhésion.

L'Adhérent s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs appartenant auxdites catégories de personnel.

2) DISPENSES D’AFFILIATION

Toutefois, conformément à l'article 4.2 de l'Accord Frais de santé intégré à la Convention collective, certains salariés ont la faculté de ne pas adhérer au régime frais de santé, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de l'Adhérent. A défaut de renonciation écrite exprimée par le salarié, celui-ci doit être obligatoirement affilié.

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

- doivent être affiliés au régime frais de santé dès qu'ils cessent de justifier de leur situation,
- peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion au régime ; l'adhésion prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable.

ARTICLE 6 - BENEFICIAIRES

▪ **Bénéficiaires**

Bénéficie des garanties le participant.

Ce dernier peut choisir de faire bénéficier des garanties du régime, tout ou partie de sa famille définie ci-après.

La famille au sens du régime est composée des membres suivants :

1. **le conjoint** du participant : au sens des présentes conditions générales, le terme « conjoint » est utilisé pour désigner :
 - le conjoint non séparé de corps judiciairement,
 - à défaut la personne liée au participant par un PACS (pacte civil de solidarité),
 - à défaut le concubin célibataire, veuf ou séparé de corps judiciairement sous réserve qu'il réside sous le même toit que le participant depuis plus d'un an de façon notoire ; la condition de durée d'un an pour le concubinage est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union.

2. **les enfants** légitimes, naturels, reconnus ou adoptifs du participant ou de son conjoint, pris en compte par le fisc pour la détermination du quotient familial
- de moins de 18 ans,
 - de 18 ans à moins de 26 ans, s'ils poursuivent leurs études secondaires ou supérieures ou s'ils sont placés sous contrat d'apprentissage, contrat d'alternance ou de professionnalisation, ou s'ils sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi.
 - quelque soit leur âge s'ils sont reconnus en état d'invalidité avant leur 26^{ème} anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la sécurité sociale ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé et sont titulaires de la carte d'invalidité civil.

▪ **Structure de cotisation correspondante**

En fonction des bénéficiaires, les structures de cotisations sont :

- Participant seul
- Couple (le participant et 1 membre de la famille au sens du régime, conjoint ou enfant à charge)
- Famille (le participant et l'intégralité de la famille au sens du régime)

ARTICLE 7 - DEBUT ET FIN DES GARANTIES

Prise d'effet des garanties

1 - Pour les participants répondant aux conditions de l'article 5, les garanties prennent effet :

- à la date d'effet de l'adhésion pour tous les salariés présents à cette date, et ultérieurement à la date d'embauche, sous réserve des dispenses d'affiliation prévues par la Convention Collective Nationale des entreprises d'architecture,
- au premier jour du mois qui suit la demande d'affiliation pour les salariés ayant demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation et qui viennent à cesser de justifier de la situation, ou qui décident ultérieurement de renoncer à cette dispense.

2 - Pour les membres de la famille

Les membres de la famille peuvent être affiliés à la même date que le participant sous réserve de la souscription par le salarié d'une extension facultative (structure de cotisation Couple ou Famille).

En cas d'affiliation postérieure à celle du participant, les membres de la famille ne peuvent être affiliés qu'au 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception par HUMANIS PREVOYANCE de la demande d'affiliation.

Cette affiliation facultative est renouvelable le premier janvier de chaque année par tacite reconduction.

Cessation des garanties

1 - Pour le participant

Les garanties des présentes conditions générales cessent :

- à la date de prise d'effet de la suspension ou résiliation de l'adhésion souscrite par l'entreprise,
- à la date de radiation du participant des effectifs de l'entreprise ou de la catégorie de personnel visée au contrat d'adhésion, sous réserve des dispositions de l'article 20 des présentes conditions générales,
- à la date de suspension du contrat de travail du participant sous réserve des dispositions de l'article 19 des présentes conditions générales,

La radiation du participant entraîne, à la même date, la radiation de l'ensemble des membres de sa famille.

En cas de radiation du participant, ce dernier peut souscrire un contrat individuel sans formalités médicales. Il doit en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la date de rupture de son contrat de travail ou pour les participants visés à l'article 20 des présentes Conditions Générales, la date de fin du maintien de la garantie accordée gratuitement. La garantie individuelle prend effet au lendemain de la date d'envoi de la demande, le cachet de la poste faisant foi.

2 - Pour les membres de la famille

En dehors du cas de la radiation du participant, les garanties cessent :

- au 31 décembre de l'exercice au cours duquel la radiation est demandée, sous réserve que la demande écrite de radiation parvienne à HUMANIS PREVOYANCE au plus tard le 31 octobre,
- à la date à laquelle les membres de la famille ne remplissent plus les conditions prévues à l'article 6 des présentes conditions générales pour être bénéficiaires,

Les membres de la famille, une fois radiés, ne pourront plus bénéficier de la garantie au titre du régime. Cette radiation est définitive.

ARTICLE 8 - FORMALITES D'AFFILIATION ET DE RADIATION

Lors de l'affiliation ou en cas de changement de situation de famille d'un participant, l'Adhérent devra, sans délai, adresser à HUMANIS PREVOYANCE la demande d'affiliation ou de changement de situation de famille du participant dûment remplie et signée.

Lors de la radiation d'un participant et/ou de sa famille, l'Adhérent devra, sans délai, adresser à HUMANIS PREVOYANCE le Bulletin de radiation et, le cas échéant, la carte de tiers-payant qui lui a été délivrée.

Dans le cas où ces opérations n'auraient pas été effectuées à temps, HUMANIS PREVOYANCE se réserve le droit de réclamer le remboursement des sommes indûment versées.

ARTICLE 9 - ASSIETTE ET TAUX DE COTISATION

A) Pour le participant

L'assiette de cotisation pour la couverture obligatoire du participant est exprimée en pourcentage du salaire brut annuel déclaré à l'URSSAF par l'adhérent, après application des limites mensuelles suivantes :

- salaire minimum pris en compte : 45% du Plafond mensuel de la Sécurité Sociale
- salaire maximum pris en compte : 150% du Plafond mensuel de la Sécurité Sociale

Le taux de cotisation pour le régime général de Sécurité sociale est le suivant :

COTISATION « PARTICIPANT SEUL » : 1,90 %

Le taux de cotisation pour le régime de Sécurité sociale d'Alsace-Moselle est le suivant :

COTISATION « PARTICIPANT SEUL » : 1,20 %

Pour les participants visés au 3^{ème} alinéa de l'article 19, qui demandent à bénéficier d'un maintien de garantie pendant la durée de suspension de leur contrat de travail, la cotisation est calculée sur la base du dernier salaire d'activité.

B) Pour les membres de la famille du participant

L'assiette de cotisation pour la couverture facultative des membres de la famille du participant est exprimée en pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur pour la période de couverture. **Cette cotisation mensuelle supplémentaire est versée en sus de la cotisation obligatoire « participant seul »**, suivant la structure de cotisation prévue à l'article 6 des présentes Conditions générales.

Les taux de cotisation pour le régime général de Sécurité sociale sont les suivants :

COTISATION « COUPLE » : 0,92 %

COTISATION « FAMILLE » : 2,14 %

Les taux de cotisation pour le régime de Sécurité sociale d'Alsace-Moselle sont les suivants :

<u>COTISATION « COUPLE » :</u>	0,89%
<u>COTISATION « FAMILLE » :</u>	1,93 %

Les taux de cotisation sont ajustés en fonction notamment de l'évolution des résultats techniques mutualisés pour l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 10 - MODIFICATION DE LA LEGISLATION OU DE LA REGLEMENTATION DE LA SECURITE SOCIALE

En cas de changement de la législation ou de la réglementation de la Sécurité sociale, les garanties et les taux de cotisation peuvent être révisés. Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions, le montant des prestations et leurs modalités de calcul, déterminés sur la base des présentes conditions générales, demeureront inchangés.

ARTICLE 11 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu dans les 10 premiers jours de chaque trimestre civil. Chacun des paiements doit être accompagné de la déclaration trimestrielle mentionnant le nombre de participants à la fin du trimestre civil concerné et les éléments servant de base au calcul de la cotisation pour la période concernée.

En cas d'affiliation ou de radiation en cours de mois, les cotisations sont versées au prorata du nombre de jours d'affiliation.

Les cotisations dues au titre des participants visés au 3^{ème} alinéa de l'article 19 des présentes conditions générales sont également appelées auprès de l'adhérent.

L'Adhérent est le seul responsable du paiement des cotisations, y compris des parts salariales mensuelles précomptées sur les salaires. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues sur appel d'Humanis PREVOYANCE.

ARTICLE 12- NON PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut du paiement de l'intégralité des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure de paiement chiffrée par HUMANIS PREVOYANCE est adressée à l'Adhérent par lettre recommandée. En cas de non paiement dans les 40 jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure, HUMANIS PREVOYANCE entamera une procédure contentieuse pour le recouvrement des dites cotisations.

ARTICLE 13- BORDEREAU NOMINATIF ANNUEL

L'Adhérent fait parvenir à HUMANIS PREVOYANCE à la fin de chaque exercice, au plus tard au 31 janvier suivant, la liste de son personnel participant, précisant notamment pour chacun : nom, prénom, date de naissance, numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, situation de famille, date d'entrée et date de sortie dans l'exercice ainsi que l'assiette servant de base au calcul des cotisations pour la période concernée.

L'Adhérent tient ses états de personnel à la disposition d'Humanis PREVOYANCE pour consultation éventuelle.

ARTICLE 14 - PRESTATIONS

La nature et le niveau des garanties sont précisés au Titre II.

HUMANIS PREVOYANCE n'intervient pas sur les actes n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, sauf indications contraires mentionnées aux tableaux de garanties figurant au titre II.

Le niveau des prestations est établi en fonction de la codification des actes médicaux, du montant de base du remboursement de la Sécurité sociale et de la législation en vigueur à la date des soins.

Le montant retenu pour les dépenses engagées est celui déclaré à la Sécurité sociale et figurant sur le décompte de prestation de cet organisme ou celui facturé, en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale, aux bénéficiaires, tels que définis à l'article 6 des présentes conditions générales.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie, la date des soins retenue par la Sécurité sociale faisant foi.

Les prestations sont accordées aux participants résidant habituellement en France. Les frais engagés d'une manière occasionnelle à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par la Sécurité sociale.

En cas de litige entre le participant et la Sécurité sociale, HUMANIS PREVOYANCE se conforme à la position de cet organisme.

Concernant le forfait « Médecines douces », la participation de l'Institution sera attribuée sur présentation de la facture acquittée et uniquement si les actes ont été effectués par des praticiens habilités, diplômés d'état, inscrits au registre préfectoral et exerçant en France.

ARTICLE 15 - LIMITE DES REMBOURSEMENTS

Le total des remboursements de HUMANIS PREVOYANCE, de la Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne peut excéder le montant des dépenses engagées telles que définies à l'article 14 des Conditions générales.

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 participant peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

ARTICLE 16 – CONTRAT RESPONSABLE

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.

ARTICLE 17 - FORMALITES DE REMBOURSEMENT

Les formalités à accomplir par le participant pour obtenir une prestation sont indiquées dans la Notice d'information remise à chaque participant, par l'Adhérent.

Les demandes de prestations doivent être adressées à HUMANIS PREVOYANCE dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date des soins.

ARTICLE 18 - CONTROLE MEDICAL

HUMANIS PREVOYANCE se réserve le droit de faire procéder à un contrôle médical de tout bénéficiaire demandant des prestations notamment en matière d'art dentaire ou d'optique.

En cas de refus d'un bénéficiaire de répondre à ce contrôle, le paiement des prestations sera refusé.

En cas de contestation de la décision d'HUMANIS PREVOYANCE, le participant devra, sous peine de déchéance, adresser dans les 30 jours suivant la notification une lettre recommandée mentionnant le nom du médecin chargé de le représenter dans une entrevue amiable avec le médecin d'HUMANIS PREVOYANCE.

En cas de désaccord, il sera formé une Commission d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, par le Président du Tribunal de grande instance de la résidence du participant, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ; ceux du troisième médecin ainsi que les frais de sa désignation sont supportés à parts égales par les deux parties.

ARTICLE 19 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Le bénéfice des garanties est suspendu de plein droit pour les participants dont le contrat de travail est suspendu.

Toutefois, en cas suspension du contrat de travail donnant lieu à rémunération ou indemnisation (maintien de salaire par l'employeur, indemnités journalières versées par l'employeur ou un organisme tiers), la garantie est maintenue moyennant le versement par l'employeur des cotisations correspondantes.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail, la garantie peut être maintenue à la demande du participant, moyennant le versement des cotisations correspondantes par l'Adhérent, les modalités de leur calcul étant indiquées à l'article 9 des présentes conditions générales.

Dans le cas où les garanties sont suspendues, la suspension intervient à la date de suspension du contrat de travail. Dès la reprise effective du travail dans l'entreprise adhérente, le participant sera à nouveau garanti sous réserve qu'Humanis PREVOYANCE soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise.

Dans le cas contraire, les garanties ne prendront effet qu'à compter de la date de réception par HUMANIS PREVOYANCE de la déclaration faite par l'adhérent.

En cas de changement de garantie, les participants en arrêt de travail, et toujours à l'effectif de l'entreprise, sont couverts selon les nouvelles modalités contractuelles.

ARTICLE 20 – MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

Le maintien de la couverture frais de santé collective obligatoire est accordé gratuitement pendant 1 mois à compter de la rupture du contrat de travail pour les anciens salariés cités ci-dessous et pour leurs ayants droits éventuels qui étaient affiliés par leur intermédiaire :

- les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement à l'issue du dispositif de maintien des garanties,
- les ayants droit d'un assuré décédé.

1 - Article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989

A l'issue de la période de maintien gratuit d'un mois susvisé et conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, une garantie frais de santé peut être maintenue par un choix de contrats individuels proposés sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des personnes citées ci-dessus.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'Institution dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès du participant. La garantie individuelle prend effet au plus tard au lendemain de la date d'envoi de la demande, le cachet de la poste faisant foi.

L'Institution adressera la proposition de maintien individuel de la couverture aux intéressés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire au titre de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale exposé au 2- du présent article ou du décès du salarié. Il appartient à l'Adhérent d'informer l'Institution de l'évènement ouvrant droit au bénéfice de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989.

Les bénéficiaires du dispositif de maintien des garanties exposé au 2- du présent article pourront demander le maintien individuel de la couverture santé auprès de l'Institution, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration dudit maintien.

Les prestations proposées seront identiques à celles prévues par le présent régime. En outre, des options particulièrement adaptées à la situation des bénéficiaires seront proposées par l'Institution.

En application de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989, les majorations éventuelles des cotisations ne pourront excéder 50 % des tarifs globaux (parts patronale et salariale) applicables aux salariés actifs (Décret. n°90-769 du 30 août 1990).

2 - Maintien en cas d'indemnisation du régime d'assurance chômage (Portabilité)

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 20 ;
- 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 présent 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.

ARTICLE 21 - CONSEQUENCES DE LA RESILIATION

La résiliation, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties pour tous les participants, qu'ils soient en activité ou en arrêt de travail (y compris les invalides non radiés des effectifs), ainsi que pour tous les bénéficiaires.

En cas de résiliation, quelle qu'en soit la cause, l'Adhérent est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation.

ARTICLE 22 - PRESCRIPTION

Les actions relatives aux présentes conditions générales sont prescrites dans un délai de 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 HUMANIS PREVOYANCE en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

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

- **la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),**
- **la demande en justice, même en référé (articles 2241 à 2243 du Code civil),**
- **un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code civil).**

ARTICLE 23 - SUBROGATION

HUMANIS PREVOYANCE est subrogée jusqu'à concurrence des prestations qu'elle a versées dans les droits et actions du participant contre les tiers responsables.

ARTICLE 24 - INFORMATION DES PARTICIPANTS

L'Adhérent est tenu de remettre à chaque participant une Notice d'information, rédigée par HUMANIS PREVOYANCE, précisant les prestations prévues, leurs modalités d'entrée en vigueur, les limitations de garantie ainsi que les formalités à accomplir.

L'Adhérent est tenu d'informer par écrit les participants de toute modification de leurs droits et obligations.

La preuve de la remise de la Notice au participant et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'Adhérent.

ARTICLE 25 - CONTROLE - RECLAMATION

MALAKOFF MEDERIC PREVOYANCE ET HUMANIS PREVOYANCE, Institutions de prévoyance régies par le titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale, sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – 61 rue Taitbout 75009 Paris.

HUMANIS PREVOYANCE 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 régime, à l'adresse suivante :

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

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.

ARTICLE 26 – LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES

Chacune des parties s'engage envers l'autre à effectuer les formalités qui lui incombent, en vertu des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 complétée par la loi du 6 août 2004, en cas de mise en œuvre de traitements automatisés d'informations nominatives et notamment, la déclaration du traitement, préalablement à sa mise en œuvre, à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et l'information des personnes concernées par le traitement.

Les données nominatives sont destinées aux différents services de HUMANIS PREVOYANCE et le cas échéant à ses mandataires, ses réassureurs ou aux organismes professionnels concernés par le contrat.

Le participant ou le cas échéant les bénéficiaires peuvent demander communication, rectification ou suppression de données les concernant en adressant un courrier par lettre simple à l'Institution :

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

TITRE II

GARANTIES FRAIS DE SANTE

ARTICLE 27 – DISPOSITIONS COMMUNES

Les remboursements indiqués s'entendent sous déduction de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés, sauf indication pour les montants forfaitaires (en euros ou en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale).

La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée a minima au ticket modérateur.

La prise en charge des dépassements est limitée aux dépassements autorisés par la Sécurité sociale.

Pour les garanties exprimées en forfait, les prestations hors réseau et dans le réseau ne sont pas cumulatives. Il en est de même pour les garanties remboursées et non remboursées. Un seul des forfaits peut être utilisé dans les limites précisées.

Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins, ou en cas de refus d'accès au dossier médical personnel, et les participations et franchises mises à la charge du participant ne donnent pas lieu à remboursement, conformément aux dispositions de l'article 16 des présentes Conditions générales relatives aux contrats dits responsables.

Le total des remboursements des organismes gestionnaires de la Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières, les participations et franchises médicales ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

ARTICLE 28 – REGIME GENERAL et REGIME ALSACE MOSELLE

L'Institution verse les prestations au titre du contrat déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale.

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

Garanties CCN des Entreprises d'Architecture	Régime de Base
Frais d'hospitalisation	
Chirurgie – Hospitalisation	
Frais de séjour	300 % BR
Honoraires CAS (1)	300% 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	Non couverte
Personne accompagnante	
Conventionnée	100 % FR dans la limite de 1,5 % du PMSS
Non conventionnée	Non couverte
Frais médicaux	
Consultations – visites Généralistes CAS	140 % BR
Consultations – visites Généralistes Non CAS	120 % BR
Consultations – visites Spécialistes CAS	170 % BR
Consultations – visites Spécialistes Non CAS	150 % 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	160 % BR

Prothèses auditives	20 % 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	170 % BR
Orthodontie	
Acceptée par la Sécurité sociale	250 % BR
Refusée par la Sécurité sociale	Non couverte
Prothèses dentaires (2)	
Remboursées : dents du sourire (3)	470 % BR
Remboursées : dents de fond de bouche	320 % BR
Inlays-cores	170 % BR
Non remboursées par la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire	Non couverte
Parodontologie	5 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Implantologie par an et par bénéficiaire	15 % du PMSS par an et par bénéficiaire
OPTIQUE	
Verres	Grille Optique (4)
Montures	
Lentilles	6 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Prescrites : Acceptée, refusée, jetables	
Chirurgie réfractive (par œil)	22% du PMSS par œil
DIVERS	
Cures thermales (hors thalassothérapie)	
Acceptée par la Sécurité sociale	10 % du PMSS par an e par bénéficiaire
Refusée par la Sécurité sociale	Non couverte
Médecine douce (Ostéopathie, Etiopathie, Acupuncteur,...)	
Reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels	5 x 25 € par an et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie osseuse	
Par bénéficiaire	Non couverte

Actes de Prévention

Tous les actes des contrats responsables	Oui au ticket modérateur
Patch anti-tabac	Non couverte

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité Sociale

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer son montant de remboursement.

FR : Frais réels.

- (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).
- (3) Dents du sourire : ce sont les Incisives – Canines – Premières Prémolaires
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.

ARTICLE 29 – 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 + 1M*	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€	60,00€	220,00€	2203240, 2287916	2,29€	1,37€	90,00€	330,00€
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68€	16,01€	80,00€	260,00€	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12€	2,47€	110,00€	370,00€
Sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97€	26,98€	100,00€	300,00€	2235776, 2295896	7,62€	4,57€	130,00€	410,00€
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques										
Cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94€	8,96€	70,00€	240,00€	2226412, 2259966	3,66€	2,20€	100,00€	350,00€
Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28€	21,77€	90,00€	280,00€	2254868, 2284527	6,86€	4,12€	120,00€	390,00€
Cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90€	16,74€	110,00€	320,00€	2212976, 2252668	6,25€	3,75€	140,00€	430,00€
Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50€	27,90€	130,00€	360,00€	2288519, 2299523	9,45€	5,67€	160,00€	470,00€
Verres Multifocaux ou Progressifs sphériques										
Sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18€	23,51€	120,00€	340,00€	2290396, 2291183	7,32€	4,39€	180,00€	510,00€
Sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30€	25,98€	140,00€	380,00€	2245384, 2295198	10,82€	6,49€	200,00€	550,00€
Verres Multifocaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques										
Sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60€	26,16€	150,00€	400,00€	2227038, 2299180	10,37€	6,22€	210,00€	570,00€
Sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62€	39,97€	170,00€	440,00€	2202239, 2252042	24,54€	14,72€	230,00€	610,00€
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 Alsace Moselle

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€	56,39€	203,63€	2203240, 2287916	2,29€	2,06€	89,31€	327,77€
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68€	24,01€	72,00€	234,85€	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12€	3,71€	108,76€	366,67€
Sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97€	40,47€	86,51€	263,87€	2235776, 2295896	7,62€	6,86€	127,71€	404,57€
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques										
Cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94€	13,45€	65,52€	221,89€	2226412, 2259966	3,66€	3,29€	98,90€	346,95€
Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28€	32,65€	79,12€	249,09€	2254868, 2284527	6,86€	6,17€	117,94€	385,03€
Cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90€	25,11€	101,63€	294,11€	2212976, 2252668	6,25€	5,63€	138,13€	425,41€
Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50€	41,85€	116,05€	322,95€	2288519, 2299523	9,45€	8,51€	157,17€	463,49€
Verres Multifocaux ou Progressifs sphériques										
Sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18€	35,26€	108,25€	307,35€	2290396, 2291183	7,32€	6,59€	177,80€	504,75€
Sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30€	38,97€	127,01€	344,87€	2245384, 2295198	10,82€	9,74€	196,75€	542,65€
Verres Multifocaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques										
Sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60€	39,24€	136,92€	364,69€	2227038, 2299180	10,37€	9,33€	206,89€	562,93€
Sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62€	59,96€	150,01€	390,87€	2202239, 2252042	24,54€	22,09€	222,64€	594,43€
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€



malakoff médéric

Malakoff Médéric Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale - 21 rue Laffitte 75009 Paris - Tél. 01 56 03 34 56 - Fax 01 56 03 45 67

Une institution de prévoyance du groupe Malakoff Médéric -
Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris



Humanis Prévoyance

Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale – siège social : 29 Boulevard Edgard Quinet 75014 Paris