



**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
DES CONSEILS D'ARCHITECTURE, D'URBANISME
et de L'ENVIRONNEMENT**

REGIME DE PREVOYANCE CONVENTIONNEL

CONDITIONS GENERALES

GARANTIE FRAIS DE SANTE

(Ref. CG-CAUE-santé-collectif-octobre 2007)

Mise à jour Janvier 2017

SOMMAIRE

TITRE I DISPOSITIONS GENERALES	3
ARTICLE 1 - OBJET	3
ARTICLE 2 - CADRE JURIDIQUE	3
ARTICLE 3 - ADHESION	3
ARTICLE 4 - DUREE DE L'ADHESION - RENOUVELLEMENT	3
ARTICLE 5 - PARTICIPANTS	4
ARTICLE 6 - BENEFICIAIRES	4
ARTICLE 7 - DEBUT ET FIN DES GARANTIES	5
ARTICLE 8 - FORMALITES D'AFFILIATION ET DE RADIATION	6
ARTICLE 9 - ASSIETTE ET TAUX DE COTISATION	6
ARTICLE 10 - MODIFICATION DE LA LEGISLATION OU DE LA REGLEMENTATION DE LA SECURITE SOCIALE	7
ARTICLE 11 - PAIEMENT DES COTISATIONS	7
ARTICLE 12 - NON PAIEMENT DES COTISATIONS	7
ARTICLE 13 - BORDEREAU NOMINATIF ANNUEL	7
ARTICLE 14 - PRESTATIONS	7
ARTICLE 15 - LIMITE DES REMBOURSEMENTS	8
ARTICLE 16 - FORMALITES DE REMBOURSEMENT	9
ARTICLE 17 - JUSTIFICATIFS ET CONTRÔLE	9
ARTICLE 18 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	11
ARTICLE 19 – MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL	12
ARTICLE 20 - CONSEQUENCES DE LA RESILIATION	13
ARTICLE 21 - PRESCRIPTION	13
ARTICLE 22 - SUBROGATION	14
ARTICLE 23 - INFORMATION DES PARTICIPANTS	14
ARTICLE 24 - –RECLAMATIONS - MEDIATION	14
ARTICLE 25 – PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	14
TITRE II TABLEAU DE GARANTIES	15

TITRE I

DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 - OBJET

Les présentes Conditions générales fixent les conditions dans lesquelles Malakoff Médéric Prévoyance et Humanis Prévoyance assurent, **conformément au titre VIII de la convention collective nationale des Conseils d'Architecture, d'Urbanisme et de l'Environnement (CAUE)**, en contrepartie de cotisations, au participant et à sa famille le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité.

Malakoff Médéric Prévoyance et Humanis Prévoyance 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 d'adhésion. **En tout état de cause, elles se conformeront à l'ensemble de la législation et de la réglementation relative au contrat responsable conformément aux dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale.** En cas d'évolution de ce cadre juridique, le régime sera revu notamment selon les dispositions de l'article 10.

ARTICLE 3 - ADHESION

L'association relevant de la Convention Collective Nationale des CAUE qui adhère au régime est alors dénommée l'Adhérent. L'adhésion, pour répondre aux obligations de ladite Convention Collective des CAUE, est formée des présentes Conditions générales et 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),
- la nature et le montant des prestations, ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur,
- les taux et l'assiette de cotisation correspondant aux garanties prévues.

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

Humanis Prévoyance qui recueille l'adhésion de l'association assume l'intégralité de la gestion du régime. Elle est ci-après dénommée l'Institution.

ARTICLE 4 - DUREE DE L'ADHESION - RENOUVELLEMENT

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 ou de l'Institution, qui doit alors en informer l'autre partie 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'association adhérente en dehors du champ d'application de la Convention collective nationale, l'association devra notifier ce changement à Humanis Prévoyance 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

Sont garantis au titre de participants, les salariés de l'association qui appartiennent aux catégories de personnel définies au contrat d'adhésion. L'Adhérent s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs appartenant à la catégorie de personnel prévue au contrat d'adhésion, sauf cas de dispenses expressément prévues par l'Accord conventionnel de prévoyance (cf. article 5.2 dudit Accord) ou des dispenses d'affiliation d'ordre public

Les salariés qui cessent de bénéficier d'une dérogation sont affiliés à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception par l'Institution du formulaire d'affiliation.

ARTICLE 6 - BENEFICIAIRES

6.1 – Les bénéficiaires

Bénéficie des garanties le participant.

Bénéficient également des garanties les ayants droit du participant, à titre obligatoire, sauf à justifier d'être couverts par ailleurs dans les conditions admises par la réglementation en vigueur (cf. article 5.3 de l'Accord conventionnel de prévoyance).

Les ayants droit couverts par le régime sont définis comme suit :

1. le conjoint du participant, non séparé de corps judiciairement, à défaut la personne liée au participant par un PACS (pacte civil de solidarité) ou à défaut le concubin célibataire, veuf ou séparé de corps judiciairement sous réserve que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an, et que le domicile fiscal soit identique à celui du participant. La condition de durée d'un an pour le concubinage est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union.
2. les enfants du participant, de son conjoint non séparé de corps judiciairement ou de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin célibataire, veuf ou séparé de corps judiciairement, à charge du participant fiscalement ou non imposables :
 - de moins de 18 ans,
 - de 18 ans et de moins de 26 ans en apprentissage, en contrat d'alternance ou de professionnalisation ou à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle emploi,
 - de 18 ans et de moins de 28 ans, non salariés et s'ils poursuivent leurs études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé.

La condition d'âge n'est pas exigée pour l'enfant reconnu en invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie au sens de l'article R541-2 du code de la sécurité sociale ou bénéficiant de l'allocation d'adulte handicapé et est titulaire de la carte d'invalidité civile, l'invalidité devant être reconnue avant le 26^{ème} anniversaire de l'enfant.

6.1 Structure de cotisations

Le montant de la cotisation due au nom de chaque participant est variable selon le nombre de bénéficiaires remplissant les conditions définies ci-dessus, selon les structures de cotisations suivantes :

- salarié seul,
- couple (pour le participant n'ayant qu'un seul ayant droit, conjoint ou enfant),
- famille (pour le participant ayant plusieurs ayants droit).

ARTICLE 7 - DEBUT ET FIN DES GARANTIES

7.1 Prise d'effet des garanties pour les salariés

Pour les participants, les garanties prennent effet :

- à la date d'effet de l'adhésion pour tous les salariés présents à cette date sous réserve des dérogations prévues à l'article 5-2 de l'Accord conventionnel de prévoyance des conseils d'architecture, d'urbanisme et de l'environnement,
- au premier jour du mois qui suit la réception de la demande d'affiliation pour les salariés entrant dans le champ d'application des dérogations susvisées,
- à la date d'embauche postérieurement à l'adhésion.

7.2 Prise d'effet des garanties pour les ayants droit

Pour les membres de la famille répondant aux conditions requises pour être bénéficiaires lors de l'affiliation du participant, les garanties prennent effet à la même date.

Pour les membres de la famille venant à répondre à ces conditions postérieurement à l'affiliation du participant (mariage, naissance ...), les garanties prennent effet, selon les situations :

- si le participant est affilié selon la structure « famille » : à la date à laquelle l'ayant droit remplit ces conditions (la déclaration du nouvel ayant droit est sans incidence sur la structure de cotisation antérieure) ;
- si le participant est affilié selon la structure « salarié seul » ou « couple » : à la date à laquelle l'ayant droit remplit ces conditions sous réserve que le formulaire d'affiliation soit reçu par l'Institution dans les 30 jours suivant l'évènement, à défaut au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception dudit formulaire. Cette nouvelle affiliation aura pour conséquence le passage de l'affiliation de la structure « salarié seul » vers « couple » ou « couple » vers « famille ».

Pour les ayants droits qui cessent de justifier d'une couverture frais de santé par ailleurs, les garanties prennent effet au premier jour du mois qui suit la réception de la demande d'affiliation.

7.2 Cessation des garanties

Pour le participant et ses ayants droits, les garanties cessent :

- à la date de prise d'effet de la suspension ou résiliation de l'adhésion,
- à la date de suspension du contrat de travail du participant sous réserve des dispositions de l'article 18,
- à la date de radiation du participant des effectifs de l'association (sauf hypothèse du dispositif de portabilité prévu à l'article 19.1) ou de la catégorie de personnel visée au contrat d'adhésion,
- à la date d'expiration de la période de portabilité pour les anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage (cf. article 19.1),
- et, en tout état de cause à la date d'effet de la dénonciation de l'Accord Conventionnel de Prévoyance.

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 cessation de la garantie collective, la garantie individuelle prenant effet au lendemain de la date d'envoi de la demande, le cachet de la poste faisant foi.

Pour les ayants droit, les garanties cessent en outre à la date à laquelle ils ne remplissent plus les conditions prévues à l'article 6.1 pour être bénéficiaires.

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 Prévoyance la demande d'affiliation ou de changement de situation de famille du participant dûment remplie et signée.

Lors de la radiation d'un participant, l'Adhérent devra, sans délai, adresser à l'Institution 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, l'Institution se réserve le droit de réclamer le remboursement des sommes indûment versées.

ARTICLE 9 - ASSIETTE ET TAUX DE COTISATION

L'assiette de cotisation est exprimée en pourcentage du salaire brut déclaré à l'URSSAF par l'Adhérent dans les limites suivantes :

- salaire minimum pris en compte : 70 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale,
- salaire maximum pris en compte : 130 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Les taux de cotisation sont fixés comme suit à compter du 1^{er} janvier 2014 :

Régime général de la Sécurité sociale	
Structure de cotisation	Tranches A et B
Cotisation « Salarié seul »	1,92 %
Cotisation « Couple »	3.80 %
Cotisation « Famille »	5.92 %

Régime Alsace-Moselle de sécurité sociale	
Structure de cotisation	Tranche A et B
Cotisation « Salarié seul »	1.17 %
Cotisation « Couple »	2.35 %
Cotisation « Famille »	3.65 %

Ces taux 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.

A compter du 1^{er} septembre 2011, la cotisation fixée pour le personnel en activité inclut le financement du dispositif de portabilité mis en place à compter de cette même date, dispositif exposé à l'article 19.1.

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 cotisations 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.

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 de l'Institution.

ARTICLE 12 - NON PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception, à l'Adhérent. A défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, l'Institution pourra résilier l'adhésion sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues.

L'adhésion de l'Adhérent 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.

ARTICLE 13 - BORDEREAU NOMINATIF ANNUEL

L'Adhérent fait parvenir à l'Institution 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, assiette des cotisations.

L'Adhérent tient ses états de personnel à la disposition de l'Institution pour consultation éventuelle.

ARTICLE 14 - PRESTATIONS

L'Institution 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 au tableau de garantie figurant au titre II.

Toutefois, le poste « Médecine douce », qui correspond à des spécialités médicales non remboursées par la Sécurité sociale, peut être pris en charge par l'Institution selon la liste et les réserves suivantes :

- ostéopathie et chiropratique : le praticien doit être titulaire d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à la spécialité concernée, délivré par un établissement de formation agréé par le ministère chargé de la santé ou validé en France s'il a été délivré à l'étranger, dans le respect des lois et décrets qui régissent ces professions ;
- étiopathie, acupuncture : le praticien doit être reconnu professionnellement et habilité à réaliser de tels actes ;
- psychomotricité : les actes doivent faire l'objet d'une prescription médicale.

Le nombre de séances remboursées au titre du poste « Médecine douce » est un nombre fixe annuel par bénéficiaire, utilisable au titre d'une seule spécialité ou de spécialités différentes.

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.

Pour le remboursement des dépenses engagées au titre du poste « frais d'optique », le Participant doit transmettre à l'Institution une facture détaillée et acquittée des frais d'optique. En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, le Participant doit fournir une nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction ou la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction. Il doit également transmettre à l'Institution la prescription médicale de l'équipement précédent ou tout document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.

En cas de litige entre le participant et la Sécurité sociale, l'Institution se conforme à la position de cet organisme.

ARTICLE 15 - LIMITE DES REMBOURSEMENTS

Sous réserve des évolutions légales ou réglementaires futures, **l'INSTITUTION ne rembourse pas :**

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

Le total des remboursements de l'Institution, 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.

Prise en charge optique :

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.

ARTICLE 16 - 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 l'Institution dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date des soins.

Service de tiers payant :

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

L'utilisation du tiers-payant auprès du professionnel de santé est conditionnée à l'acceptation de ce dernier. Sauf mention particulière sur la carte de tiers-payant, la dispense d'avance de frais est limitée au tarif de responsabilité. Le participant et ses bénéficiaires doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Si le Participant et ses bénéficiaires n'utilisent pas la carte de tiers-payant ou se voient refuser ce service par le professionnel de santé, ils devront demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursés par l'Institution.

ARTICLE 17 - JUSTIFICATIFS ET CONTRÔLE

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 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.

Les justificatifs à fournir par le PARTICIPANT pour ses demandes de remboursement :

	Bénéficiaire NOEMIE
Hospitalisation chirurgicale ou médicale Etablissement conventionné ou non conventionné	Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...)
Soins de ville (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante,..)	Aucun document
Médecine douce	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)
Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale	Facture détaillée acquittée Prescription médicale
Optique	Facture détaillée et acquittée <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

- Chirurgie optique réfractive	prises en charge par la Sécurité Sociale Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré
Prothèses dentaires – Orthodontie - Parodontologie - 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 Justificatifs ci-dessus

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

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

ARTICLE 18 - 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 et pour leur famille. Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du participant concerné, ni aucune prestation. La suspension intervient à la date de suspension du contrat de travail.

Toutefois, en cas suspension du contrat de travail donnant lieu à rémunération ou indemnisation (maintien total ou partiel de salaire, indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'Association adhérente), notamment en cas d'arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale, congé de maternité ou de paternité, la garantie est maintenue moyennant le versement par l'Association des cotisations correspondantes sur la base du dernier salaire d'activité (hors primes et éléments exceptionnels de rémunération).

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 sur la base du dernier salaire d'activité (hors primes et éléments exceptionnels de rémunération).

En cas de changement de garantie, ces participants sont couverts selon les nouvelles modalités contractuelles. En tout état de cause, la garantie cesse de s'appliquer en cas de cessation d'appartenance à l'Association et en cas de résiliation de l'adhésion au régime Frais de santé de l'Association.

Dans le cas où la garantie est suspendue, le participant sera à nouveau garanti dès la reprise effective du travail dans l'Association sous réserve que l'Institution soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise. Dans le cas

contraire, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la date de réception par l'organisme assureur de la déclaration faite par l'Association.

ARTICLE 19 – MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

19.1 Portabilité – Maintien au titre du régime

Le dispositif de portabilité est régi par les dispositions de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale et s'applique pour toute cessation du contrat de travail prenant effet à compter du 1er juin 2014 (date de fin de préavis même non effectué).

a) Conditions au maintien des garanties

Sous réserve pour le participant d'être éligible au dispositif de l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale, l'affiliation et par conséquent les garanties sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail à condition qu'elle ne soit pas consécutive à une faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

L'Adhèrent doit adresser à l'Institution la demande nominative de maintien des garanties de l'ancien salarié. Il incombe à l'Adhèrent d'informer le participant du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

b) Effet et durée du maintien des garanties

Les garanties sont maintenues 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.

En tout état de cause, le maintien cesse de plein droit :

- A la reprise d'une nouvelle activité rémunérée de l'ancien salarié, que celle-ci donne droit ou non à des garanties de prévoyance complémentaire, dès lors qu'elle met fin au droit à indemnisation du régime d'assurance chômage ;
- en cas de cessation de paiement des allocations du régime d'assurance chômage pour tout autre motif (notamment en cas de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès) ;
- en cas de manquement par l'ancien salarié à son obligation de fourniture des justificatifs de prise en charge par le régime d'assurance chômage auprès de l'Institution,
- A la date d'effet de la résiliation de l'adhésion de l'entreprise.

En cas de fausse déclaration intentionnelle sur les conditions à remplir pour bénéficier du dispositif du maintien, la garantie accordée par l'Institution est nulle.

c) 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,
- l'attestation de paiement des allocations Chômage du mois correspondant à celui pour lesquelles les prestations sont dues.

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

d) Garanties

Le participant bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail. Le Maintien de garanties est accordé aux ayants droit qui étaient effectivement bénéficiaires à la date de cessation du contrat de travail du participant

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat intervenant durant la période de portabilité sont opposables aux bénéficiaires du maintien.

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

e) Financement

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations versées au titre des salaires en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de maintien de garanties sont couverts sans paiement de cotisations après la cessation de leur contrat de travail.

19.2 Adhésion individuelle

Les anciens salariés bénéficiant de prestations d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou d'un revenu de remplacement à la suite d'un licenciement et les éventuels ayants droits du participant décédé peuvent souscrire un contrat individuel sans formalités médicales et sans période probatoire.

Sous réserve d'en être informé, par l'Adhérent, de la cessation du contrat de travail pour l'un des motifs ci-dessus, ou du décès du salarié, 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 cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité exposé ci-dessus, ou du décès du salarié.

Ils doivent en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le cas échéant la fin de la période du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité, ou le décès du participant. La garantie individuelle prenant effet au lendemain de la date d'envoi de la demande, le cachet de la poste faisant foi.

ARTICLE 20 - 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), ou qu'ils bénéficient du dispositif de portabilité exposé à l'article 19.1, ainsi que pour tous ayants droits 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 21 - PRESCRIPTION

Les actions relatives au régime 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 l'Institution en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

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).

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée, soit à l'employeur par l'organisme assureur en ce qui concerne l'action

en paiement de la cotisation, soit à l'organisme assureur par l'assuré, le bénéficiaire ou les ayants droit, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 22 - SUBROGATION

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

ARTICLE 23 - INFORMATION DES PARTICIPANTS

L'Adhérent est tenu de remettre à chaque participant une Notice d'information, rédigée par l'Institution, 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 24 - --RECLAMATIONS - MEDIATION

L'Institution met à la disposition de l'ADHERENT et des PARTICIPANTS la possibilité de contacter le « service Adhérent » 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

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'ADHERENT ou les Bénéficiaires, ou avec l'accord de celle-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 25 – PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Les données à caractère personnel concernant le participant sont collectées et traitées pour les besoins de la gestion du présent contrat, dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004. Les données sont exclusivement communiquées aux différents services de l'Institution, et le cas échéant, à ses mandataires, ses réassureurs ou aux organismes professionnels concernés par le contrat.

Ces données sont conservées pour une durée n'excédant pas deux années après la fin de la relation contractuelle liant le participant et l'Institution.

Conformément aux dispositions légales précitées, le participant dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ses données à caractère personnel à exercer par courriel à contact-cnil@humanis.com ou par lettre à l'adresse suivante : Groupe HUMANIS – Cellule CNIL – Satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex. Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Il dispose également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement des données le concernant.

Le cas échéant, les bénéficiaires du participant disposent des mêmes droits concernant leurs données à caractère personnel qu'ils peuvent exercer dans les conditions précédemment citées.

Le groupe Humanis prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer l'intégrité, la sécurité et la confidentialité des données à caractère personnel, conformément aux dispositions de la loi susmentionnée.

TITRE II

TABLEAU DE GARANTIES

Les remboursements mentionnés dans le tableau figurant en page suivante intègrent pour certains les prestations de la Sécurité Sociale, en fonction des conditions d'indemnisation de la Sécurité Sociale en vigueur à la date de conclusion de l'Accord conventionnel de prévoyance (ou avenant postérieur). La diminution ultérieure de l'indemnisation de la Sécurité Sociale (régime de base ou régime local) ne sera en aucun cas compensée.

Le total des remboursements de l'Institution, de la Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières, la contribution forfaitaire et les franchises médicales (telles que prévues par la réglementation relative au « contrat responsable ») ne peut excéder le montant des dépenses engagées.

**REGIME FRAIS DE SANTE DE LA CCN CAUE
TABLEAU DES PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 1^{ER} JANVIER 2017**

Les garanties ci-après s'appliquent dans le cadre du parcours de soins et dans les conditions et limites prévues aux conditions générales. Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels.

GARANTIES EN COMPLEMENT DES REMBOURSEMENTS DE LA SECURITE SOCIALE DANS LA LIMITE DES FRAIS REELLEMENT ENGAGES	
HOSPITALISATION (Médecine – chirurgie – obstétrique – psychiatrie). Hors chirurgie esthétique	
Frais de séjour en secteur conventionné	100 % FR - RSS
Frais de séjour en secteur non conventionné	85 % FR - RSS avec minimum de 100 % TM
Honoraires – Signataires CAS ⁽³⁾	TM + 220 % BR
Honoraires – Non signataires CAS ⁽³⁾ (conventionné et non conventionné)	TM + 100 % BR
Forfait hospitalier	100 % FR
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris médecine de ville)	18 €
Chambre particulière (y compris maternité)	45 €/ jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	45 €/ jour
Allocation maternité y compris adoption plénière (par maternité)	385 €
FRAIS DENTAIRES	
Soins dentaires remboursés par la SS : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire	100 % TM
Inlays-onlays remboursés par la SS	TM + 220 % BR
Parodontologie remboursée par la SS sur la base d'une gingivectomie étendue à un sextant.	TM + 220 % BR
Orthodontie remboursée par la SS	TM + 250 % BR dans la limite de 762,5 €/ semestre (au-delà 125 % BR y compris SS)
Orthodontie non remboursée par la SS	250 % BR reconstituée dans la limite de 762,5 €/semestre
Prothèses dentaires remboursées par la SS : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Réparations sur prothèses - Inlays-cores	TM + 220 % BR dans la limite du plafond
Prothèses dentaires non remboursées par la SS : - Couronnes et bridges - Prothèses dentaires provisoires - Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)	269,75 €/acte dans la limite du plafond
Plafond prothèses dentaires remboursées ou non par la SS : 1525 €/bénéficiaire (au-delà 125 % BR y compris SS pour les prothèses remboursées.)	
Implants (implant + pilier implantaire)	538€/an/bénéficiaire

FRAIS D'OPTIQUE	
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans)	
Monture	150 €
Verres (par verre)	Cf. grille optique
Lentilles prescrites remboursées ou non par la SS	150€ par lentille dans la limite de 600 €/an/bénéficiaire, 100% TM au-delà pour les lentilles remboursées.
Chirurgie optique réfractive	350€/œil
SOINS DE VILLE (secteur conventionné et non conventionné⁽¹⁾)	
Consultations et visites, généralistes et spécialistes - Signataires CAS ⁽³⁾	TM + 220 % BR
Consultations et visites, généralistes et spécialistes - Non signataires CAS ⁽³⁾	TM + 100 % BR
Auxiliaires médicaux remboursés par la SS	TM + 210 % BR
Analyses - actes de biologie	TM + 210 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires CAS ⁽³⁾	TM + 220 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires CAS ⁽³⁾	TM + 100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires CAS ⁽³⁾	TM + 220 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires CAS ⁽³⁾	TM + 100 % BR
Médecine douce (chiropractie, ostéopathie, psychomotricien, acupuncteur, diététicien)	25 €/séance (maxi 5 séances/an/bénéficiaire)
Prothèses auditives remboursées par la SS	TM + 215 % BR avec un plafond de 1525€/an/bénéficiaire, au-delà 100%TM
Orthopédie et prothèses diverses remboursées par la SS	TM + 215 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
PHARMACIE	
Pharmacie remboursée par la SS	100 % TM
Vaccins prescrits non remboursés par la SS	100% FR
AUTRES SOINS ET PREVENTIONS	
Cure thermale remboursée par la SS : honoraires et soins	305 €/an/bénéficiaire
Frais de transport remboursés par la SS	100 % TM
Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale ⁽²⁾	Pris en charge

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

(2) Ces actes sont pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat. A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

(3) 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.

Sous réserve des dispositions de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017, la notion de Contrat d'Accès aux Soins (CAS) est remplacé à compter du 1er janvier 2017 par la notion de pratique tarifaire maîtrisée.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale / CAS : Contrat d'Accès aux Soins / FR : Frais Réels / MR : Montant remboursé par la Sécurité Sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier de l'année / SS : Sécurité Sociale

Grille optique

	Typologie	BRSS	Code LPP		Sphère début	Sphère fin	Cylindre début	Cylindre fin	Garantie par verre
UNIFOCAUX	Adulte	2,29	2203240	verre blanc	-6,00	+6,00	-	-	63 €
	Adulte		2287916	verre teinté					
	Enfant	12,04	2261874	verre blanc	-6,00	+6,00	-	-	125 €
	Enfant		2242457	verre teinté					
	Adulte	4,12	2280660	verre blanc	+/-6,25	+/-10,00	-	-	95 €
	Adulte		2282793	verre blanc					
	Adulte		2263459	verre teinté					
	Adulte		2265330	verre teinté					
	Enfant	26,68	2243540	verre blanc	+/-6,25	+/-10,00	-	-	160 €
	Enfant		2297441	verre blanc					
	Enfant		2243304	verre teinté					
	Enfant	2291088	verre teinté						
	Adulte	7,62	2235776	verre blanc	+/-10,25	+/-20,00	-	-	95 €
	Adulte		2295896	verre teinté					
	Enfant	44,97	2273854	verre blanc	+/-10,25	+/-20,00	-	-	160 €
	Enfant		2248320	verre teinté					
	Adulte	3,66	2259966	verre blanc	-6,00	+6,00	+0,25	+4,00	63 €
	Adulte		2226412	verre teinté					
	Enfant	14,94	2200393	verre blanc	-6,00	+6,00	+0,25	+4,00	125 €
	Enfant		2270413	verre teinté					
Adulte	6,86	2284527	verre blanc	+/-6,25	+/-20,00	+0,25	+4,00	95 €	
Adulte		2254868	verre teinté						
Enfant	36,28	2283953	verre blanc	+/-6,25	+/-20,00	+0,25	+4,00	160 €	
Enfant		2219381	verre teinté						
Adulte	6,25	2212976	verre blanc	-6,00	+6,00	+4,25	+6,00	95 €	
Adulte		2252668	verre teinté						
Enfant	27,90	2238941	verre blanc	-6,00	+6,00	+4,25	+6,00	160 €	
Enfant		2268385	verre teinté						
Adulte	9,45	2288519	verre blanc	+/-6,25	+/-20,00	+4,25	+6,00	95 €	
Adulte		2299523	verre teinté						
Enfant	46,50	2245036	verre blanc	+/-6,25	+/-20,00	+4,25	+6,00	160 €	
Enfant		2206800	verre teinté						
MULTIFOCAUX (verres progressifs)	Adulte	7,32	2290396	verre blanc	-4,00	+4,00	-	-	145 €
	Adulte		2291183	verre teinté					
	Enfant	39,18	2259245	verre blanc	-4,00	+4,00	-	-	160 €
	Enfant		2264045	verre teinté					
	Adulte	10,82	2245384	verre blanc	+/-4,25	+/-20,00	-	-	145 €
	Adulte		2295198	verre teinté					
	Enfant	43,30	2238792	verre blanc	+/-4,25	+/-20,00	-	-	160 €
	Enfant		2202452	verre teinté					
	Adulte	10,37	2227038	verre blanc	-8,00	+8,00	+0,25	+6,00	160 €
	Adulte		2299180	verre teinté					
	Enfant	43,60	2240671	verre blanc	-8,00	+8,00	+0,25	+6,00	175 €
	Enfant		2282221	verre teinté					
	Adulte	24,54	2202239	verre blanc	+/-8,25	+/-20,00	+0,25	+6,00	160 €
	Adulte		2252042	verre teinté					
	Enfant	66,62	2234239	verre blanc	+/-8,25	+/-20,00	+0,25	+6,00	175 €
	Enfant		2259660	verre teinté					

Malakoff Médéric Prévoyance

Institution de prévoyance
régie par le Code de la sécurité sociale

21 rue Laffitte 75009 Paris
malakoffmederic.com

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 75014PARIS
humanis.com