

Adhésion Modification d'adhésion

Personnel cadre | Contrat Socle collectif obligatoire de santé Convention Collective Nationale des industries et commerces de la Récupération

ENTREPRISE

Raison sociale

N° Siret N° Code NAF

Forme juridique

Adresse

Code postal Ville

Téléphone Fax

Mail @

Date de création de l'entreprise

Nature de l'activité

Correspondance à adresser à (si différent du siège social)

RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

Contrat : CCN012301

Date effet de l'adhésion :

Nom du commercial

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE ADHÉSION

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Datedez et signez votre bulletin d'adhésion.
- 3- Joignez un Kbis datant de moins de 3 mois précisant la nature de votre activité ou un récépissé de déclaration à la Préfecture pour une Association.
- 4- Envoyez-le tout à l'adresse indiquée ci-dessous.

POPULATION COUVERTE ET COTISATIONS

• Effectif cadre* concerné à la date de l'adhésion

• Cotisations mensuelles

	Régime général	Régime local Alsace-Moselle
Isolé	53,55 €	37,54 €
Duo	98,43 €	68,95 €
Famille	135,76 €	95,06 €

* Personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 Mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe 1 de cette convention.

Dans le cadre de la Structure « Tarif Isolé /Duo /Famille » :

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le Participant et de la communication à l'Institution des justificatifs visés à l'article 6.3.4 des Conditions Générales. Le montant de la cotisation est prévu pour chaque personne couverte.

ENGAGEMENT

Je, soussigné(e) Nom et prénom agissant en qualité de⁽¹⁾
déclare, adhérer à titre obligatoire au profit de ses salariés cadres ⁽²⁾ au contrat socle collectif obligatoire assuré par Humanis Prévoyance.

Le contrat prend effet à la date indiquée au présent bulletin par Humanis Prévoyance et au plus tôt au 1^{er} jour du mois civil suivant l'envoi du bulletin (cachet de la poste faisant foi) ; un double vous sera retourné après acceptation par Humanis Prévoyance. Les garanties et les cotisations du contrat figurent en annexe. L'entreprise reconnaît avoir préalablement reçu et pris connaissance du présent contrat (le Bulletin d'Adhésion et les Conditions Générales référencées « CG/HP/FS 02.13 »), des dispositions contractuelles complémentaires annexées au présent bulletin d'adhésion et de la notice d'information référencée NI/ CCN Récupération cadre- socle obligatoire /FS 07.15.

Assurez-vous que l'ensemble de vos salariés est bien couvert au titre d'un régime santé obligatoire.

(1) L'adhésion constituant un engagement contractuel de l'entreprise, la présente demande doit être signée par un représentant légal de l'entreprise ou, à défaut, par une personne dûment habilitée à prendre cet engagement. - (2) Personel relevant des articles 4 et 4 bis de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 Mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe 1 de cette convention.

Fait à le

L'entreprise
Signature et cachet de l'entreprise

Signature Humanis Prévoyance
Le Directeur

GARANTIE SANTÉ DU CONTRAT STANDARD SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE DES INDUSTRIES ET COMMERCES DE LA RÉCUPÉRATION

Le total des remboursements de la Sécurité sociale réels ou reconstitués, d'Humanis Prévoyance, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses engagées.

DESCRIPTIF DES GARANTIES	PRESTATIONS Les remboursements exprimés en BR s'entendent sous déduction de ceux de la Sécurité sociale
HOSPITALISATION	
Hospitalisation médicale et chirurgicale :	
Frais de séjour (frais de structure et de soins) et Fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques) Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire	Etablissements conventionnés et non conventionnés : 100 % de la BR
Chambre Particulière (y compris en maternité)	50 € par jour
Forfait Hospitalier	100 % des Frais Réels
Lit d'Accompagnant	50 € par jour
Forfait acte lourd	Pris en charge
PRATIQUE MÉDICALE COURANTE	
Consultation, visite d'un généraliste	100 % de la BR
Consultation, visite d'un spécialiste non adhérent au CAS ⁽¹⁾	125 % de la BR
Consultation, visite d'un spécialiste adhérent au CAS ⁽¹⁾	150 % de la BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	100 % de la BR
Frais d'analyse et de laboratoire	100 % de la BR
Actes de spécialité, petite chirurgie réalisés par un spécialiste non adhérent au CAS ⁽¹⁾	105 % de la BR
Actes de spécialité, petite chirurgie réalisés par un spécialiste adhérent au CAS ⁽¹⁾	130 % de la BR
Radiologie	100 % de la BR
Ostéodensitométrie prise en charge par la SS	100 % de la BR
PHARMACIE	
Frais pharmaceutiques remboursés par la SS	100 % de la BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité
TRANSPORT	
Frais de Transport pris en charge par la SS	100 % de la BR
DENTAIRE	
Soins dentaires pris en charge par la SS	100 % de la BR
Inlay core et inlay à clavette	150 % de la BR
Prothèses dentaires prises en charge par la SS	300 % de la BR
Inlay onlay pris en charge par la SS	300 % de la BR
Orthodontie prise en charge par la SS	200 % de la BR
Implant dentaire ⁽²⁾	150 € par implant

DESCRIPTIF DES GARANTIES

PRESTATIONS

Les remboursements exprimés en BR s'entendent sous déduction de ceux de la Sécurité sociale

OPTIQUE

EQUIPEMENT OPTIQUE (2 verres et une monture)

Le remboursement est limité à un équipement optique par bénéficiaire tous les 2 ans.
Le remboursement est limité à un équipement optique par an et par bénéficiaire pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

	Adultes et Enfants de 18 ans et plus	Enfants de moins de 18 ans
Monture	70 €	60 €
Verre		
Verre simple sphérique avec sphère comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries	40 €	30 €
Verre simple sphéro cylindrique avec cylindre inférieur ou égal à +4,00 dioptries	40 €	30 €
Verre simple sphérique avec sphère hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries	65 €	70 €
Verre simple sphéro cylindrique avec cylindre supérieur à +4,00 dioptries	65 €	70 €
Verre progressif sphérique avec sphère comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries	102,50 €	85 €
Verre progressif sphéro cylindrique avec sphère comprise entre -8,00 et +8,00 dioptries	115 €	100 €
Verre progressif sphérique avec sphère hors zone de -4,00 et +4,00 dioptries	102,50 €	85 €
Verre progressif sphéro cylindrique avec sphère hors zone de -8,00 et +8,00 dioptries	115 €	100 €
Lentilles prises en charge ou non par la SS	200 € par an et par bénéficiaire	

APPAREILLAGE

Orthopédie et autres prothèses

100 % de la BR

Prothèses auditives

125 % de la BR

ALLOCATIONS FORFAITAIRES

Maternité

Allocation forfaitaire égale à 315 €

ACTES HORS NOMENCLATURE *

MÉDECINE ALTERNATIVE :

Ostéopathie - Chiropractie - Acupuncture *

25 € par séance dans la limite de 4 séances par an

Vaccins non pris en charge par la SS sur prescription médicale *

100 % des Frais Réels

* Le remboursement de l'Institution du poste « Actes hors nomenclature » est limité à 100 euros par an et par bénéficiaire

(1) CAS : Contrat d'Accès aux Soins conclu entre l'Assurance maladie et les médecins exerçant en secteur 2 ou qui sont titulaires d'un droit à dépassement permanent ainsi que certains médecins exerçant en secteur 1. Vous trouverez le secteur d'exercice de votre médecin et son éventuelle adhésion au contrat d'accès aux soins en consultant : ameli-direct.fr. Pour les médecins non-conventionnés la base de remboursement est égale au tarif d'autorité (moins de 1€ pour une consultation et 15 % du tarif de convention pour un acte technique).

(2) Le pilier sur implant n'est pas remboursé au titre du contrat.

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale (restituée pour les actes non remboursés par la SS)

SS = Sécurité sociale

DÉFINITION

Par dérogation à l'article 2 des Conditions Générales, le concubin est défini comme suit :

Concubin : Le concubin du Participant vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le Participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

Enfants à charge :

Sont considérés comme enfants à charge, indépendamment de la position fiscale, les enfants du Participant, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou reconnus :

- jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire sous condition, soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre National d'Enseignement à Distance) ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré :
 - inscrits auprès de Pôle Emploi comme demandeurs d'emploi,
 - ou stagiaires de la formation professionnelle,
 - d'être employé dans un Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés,
- sans limitation d'âge lorsque l'enfant à charge du Participant est reconnu avant son 26^{ème} anniversaire en invalidité équivalente à l'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé ou tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidité civile.

Par assimilation, sont considérés à charge, s'ils remplissent les conditions exposées ci-dessus, les enfants à naître et nés viables ainsi que les enfants recueillis (c'est-à-dire ceux du conjoint, de l'ex-conjoint éventuel ou du concubin ou partenaire lié par un PACS du Participant décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire).

DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Il est ajouté à l'article 6.5 des Conditions Générales, les dispositions suivantes :

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée supérieure ou égale à un mois, les garanties du contrat sont suspendues.

La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'Institution de la déclaration faite par l'Adhérent. Toutefois, ces derniers ont la possibilité de demander le maintien des garanties du contrat, pendant la suspension de son contrat de travail dans le cadre d'un contrat collectif facultatif.

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

Les cotisations seront recouvrées selon la périodicité indiquée sur le Bulletin Individuel d'Adhésion.

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

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, l'adhésion individuelle du Participant pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées. La résiliation de l'adhésion individuelle par l'Institution ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard.

L'adhésion individuelle non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Institution les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

MAINTIEN DES GARANTIES SANTÉ À TITRE GRATUIT AU TITRE DE L'ARTICLE L911-8 DU CODE DE LA SECURITÉ SOCIALE

Les dispositions de l'article 7.1 des Conditions Générales relatives à la « Portabilité des droits » sont remplacées comme suit :

Conditions au maintien de l'affiliation

Sous réserve pour le Participant d'être éligible à ce dispositif, l'affiliation et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les bénéficiaires sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail du Participant à condition que la cessation résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

L'Institution tient à la disposition de l'Adhérent un formulaire type « Déclaration de portabilité » qu'il devra lui retourner dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture. A défaut, l'affiliation du Participant cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

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

Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation du Participant est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois.**

En tout état de cause, l'affiliation du Participant cesse de plein droit :

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès) ;
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après.
- en cas de résiliation du présent contrat.

Obligations déclaratives

Le Participant s'engage à fournir à l'Institution:

- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- mensuellement, l'attestation de paiement des allocations Chômage.

Garanties

Le Participant bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail. Le cas échéant, le maintien de garanties est accordé aux ayants droit, tels que définis au contrat.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables au Participant.

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

Financement

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité.

MAINTIEN DE GARANTIES SANTÉ AU TITRE DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI EVIN DU 31 DÉCEMBRE 1989

Les dispositions de l'article 7.2 des Conditions Générales relatives au « Maintien des garanties santé » sont remplacées comme suit :

La demande de maintien des garanties Santé à titre individuel, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, doit être formulée par les anciens salariés bénéficiaires d'une prestation d'incapacité, d'invalidité ou d'une allocation de chômage, de préretraite ou de retraite dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou **le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties.**

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

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

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

RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

L'article 13 des Conditions Générales intitulé « RÉCLAMATIONS - MÉDIATION » est modifié comme suit :

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

Humanis Prévoyance
Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45777 Saran Cedex
Tél. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les correspondances adressées par le centre de gestion.

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

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, l'Institution lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Institution et après épuisement des voies de recours internes, l'entreprise, le Participant, les bénéficiaires ou les ayants droit, ou avec l'accord de ceux-ci, l'Institution, peuvent saisir le Médiateur 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

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

BÉNÉFICIAIRE

Par dérogation à l'article 6.3.2 des Conditions Générales, les ascendants et descendants à charge, tels que définis à l'alinéa 4 de l'article L313-3 du code de la Sécurité sociale, ne sont pas considérés comme des personnes à charge au titre du présent contrat.

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

L'article 2 « DÉFINITIONS » des Conditions Générales est complété comme suit :

Contrat d'accès aux soins (CAS) : 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.

L'article 16.1 des Conditions Générales est complété et modifié comme suit :

- Les dépassements d'honoraires des professionnels de santé spécialistes et généralistes hors parcours de soins sont réduits dans les mêmes conditions quel que soit le secteur conventionnel d'exercice.
- Lorsque ces mêmes professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire, les remboursements complémentaires au titre du contrat sont effectués sur la base du tarif d'autorité.
- Le forfait journalier hospitalier des établissements de santé est intégralement versé sans limitation de durée.
- La prise en charge des frais d'hospitalisation remboursés par la Sécurité sociale est due au 1^{er} jour d'hospitalisation et ce sans limitation de durée.

Il n'est pas autrement dérogé aux éventuelles limitations de prise en charge prévues au présent contrat pour les garanties non remboursées par la Sécurité sociale.

OPTIQUE :

- **Équipement optique pris en charge par la Sécurité sociale (deux verres et une monture) :** les prestations dépendent du degré de correction (dioptrie),

La prise en charge est limitée à un équipement (deux verres et une monture) tous les deux ans, période réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.

Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement. 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 (verres ou monture) et s'achève deux ans après.

- **Lentilles cornéennes prises en charge ou non par la Sécurité sociale** (y compris lentilles jetables),
- **Traitements chirurgicaux des troubles visuels** (tout type d'opération chirurgicale).

PRÉVENTION :

Les actes de prévention sont pris en charge au titre de chaque poste concerné par ces actes et ne se limitent pas aux seuls actes listés à l'article 16.1 des Conditions Générales.

EXCLUSIONS : L'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale prévoit une obligation minimale de prise en charge au titre du contrat responsable. En conséquence, les exclusions visées à l'article 17 des Conditions Générales ne s'appliquent pas aux actes mentionnés à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Par dérogation à l'article 18 « MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS » des Conditions Générales, les justificatifs à fournir par le Participant pour les demandes de remboursement relatives au poste Optique sont remplacés comme suit :

OPTIQUE	
	Facture détaillée et acquittée
	En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : - Soit nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction, - Soit prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction, - Et prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.
	Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale
Traitement chirurgical des troubles visuels	Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré

JUSTIFICATIFS ET CONTRÔLES

Il est ajouté aux Conditions Générales un article intitulé « JUSTIFICATIFS ET CONTRÔLES » et rédigé comme suit :

- 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. 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.

L'Institution se réserve la possibilité de demander tous les justificatifs établissant la qualité et/ou le statut du professionnel de santé dont les actes ou soins sont à l'origine de la demande de prestations (inscription sur des registres nationaux, N° d'inscription Adeli etc...).

- En cas de refus de se soumettre au contrôle médical ou à défaut de fournir les justificatifs demandés, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge.