



CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ENTREPRISES D'ARCHITECTURE

Accord Frais de Santé du 5 juillet 2007

Notice d'information

« NI-architectes-santé-collective »
(Mise à jour janvier 2016)

VOTRE RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Ensemble du Personnel

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.
HUMANIS PREVOYANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution située au 61 rue Taitbout - 75009 PARIS

IMPORTANT

**DOCUMENT A REMETTRE
A VOTRE EMPLOYEUR**

Je soussigné(é),

certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime frais de santé auquel il a adhéré auprès de HUMANIS PREVOYANCE en application de la convention collective de notre profession.

**A _____ le _____
Signature**

SOMMAIRE

▶ Votre régime frais de santé	4
▶ Vos garanties frais de santé	5
▶ Le fonctionnement du régime	10
✓ ARTICLE 1 - OBJET	10
✓ ARTICLE 2 - CONTRATS RESPONSABLES	10
✓ ARTICLE 3 – PARTICIPANTS	11
✓ ARTICLE 4 – BENEFICIAIRES	11
✓ ARTICLE 5 - DEFINITION DU CONJOINT	12
✓ ARTICLE 6 - DEFINITION DES ENFANTS A CHARGE	12
✓ ARTICLE 7 – PRISE D'EFFET, CESSATION, SUSPENSION DES GARANTIES	12
✓ ARTICLE 8 - ASSIETTE DE COTISATION	14
✓ ARTICLE 9 - MODIFICATION DE LA LEGISLATION OU DE LA REGLEMENTATION DE LA SECURITE SOCIALE	14
✓ ARTICLE 10 – MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL	14
✓ ARTICLE 11 - CONSEQUENCES DE LA RESILIATION	16
✓ ARTICLE 12 - PRESTATIONS	16
✓ ARTICLE 13 - LIMITE DES REMBOURSEMENTS	16
✓ ARTICLE 14 - CONTROLE MEDICAL	16
✓ ARTICLE 15 - CAS PARTICULIER : FRAIS MEDICAUX ENGAGES A L'ETRANGER	17
✓ ARTICLE 16 - DECLARATION DE SINISTRE ET FORMALITES	17
✓ ARTICLE 17 - PRESCRIPTION	17
✓ ARTICLE 18 - CLAUSE DE SUBROGATION	18
✓ ARTICLE 19 - INFORMATIQUE ET LIBERTES	18
✓ ARTICLE 20 - CONTROLE - RECLAMATIONS	18
✓ ARTICLE 21 - A QUI S'ADRESSER ?	19
✓ ARTICLE 22 - CONSULTATION DES DECOMPTES SUR www. accord-de-branche.humanis.com	19
▶ Les services d'Humanis Prévoyance	20
▶ Garanties d'assistance	21
▶ L'action sociale : une dimension humaine	22

VOTRE REGIME FRAIS DE SANTE

L'accord « Mutuelle Santé » du 5 juillet 2007 signé entre les différents partenaires sociaux a mis en place des garanties conventionnelles Frais de Santé pour l'ensemble des salariés des entreprises d'Architecture.

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 à hauteur de sa seule quote-part.

Humanis Prévoyance, qui a recueilli l'adhésion de votre entreprise, ci-après dénommé l'Adhérent, assume l'intégralité de la gestion du régime.

Vous trouverez dans cette notice, la définition de ces garanties ainsi que les éléments vous permettant de mieux comprendre leurs modalités d'application.

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

VOTRE CENTRE DE GESTION

HUMANIS PREVOYANCE
348 rue Puech Villa
B.P. 7209
34183 MONTPELLIER CEDEX 04

Tél : 09 69 39 08 33 (appel non surtaxé)
Fax : 09 69 39 08 34

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE

TABLEAU DES GARANTIES (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

(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.

GRILLE OPTIQUE

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

Régime Général

Grille régime Général	Mineurs < 18 ans					Adultes					
	Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass	2 V + 1 M*	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass.	2 V + 1 M*
Verres Simple Foyer, Sphérique											
Sphère de -6 à +6	2242457, 2261874,	12,04€	7,22€	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€

LE FONCTIONNEMENT DU REGIME

✓ ARTICLE 1 - OBJET

La présente notice précise les conditions dans lesquelles HUMANIS PREVOYANCE, institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, ci-après dénommée l'**Institution**, assure au participant et à sa famille, conformément à la Convention Collective Nationale des entreprises d'architecture et en contrepartie de cotisations, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité.

✓ ARTICLE 2 - CONTRATS RESPONSABLES

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 3 – PARTICIPANTS

Sont garantis obligatoirement au titre de participants, les salariés des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale des entreprises d'architecture.

L'Adhérent s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs.

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 1er jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable.

✓ ARTICLE 4 – BENEFCIAIRES

Le participant bénéficie des garanties.

Ce dernier peut choisir de faire bénéficier des garanties du régime à tout ou partie de sa famille définie ci-après, par une extension facultative souscrite individuellement par le participant, soit en optant pour la couverture « couple », soit pour la couverture « famille ».

Couverture « couple » :

La couverture «couple» correspond à la couverture du salarié et :

- de son conjoint tel que défini à l'article 5 ci-après,
ou
- de son enfant à charge tel que défini à l'article 6 ci-après.

Couverture « famille » :

La couverture «famille» correspond à la couverture du salarié et de l'ensemble de sa famille (conjoint et enfants à charge).

✓ ARTICLE 5 - DEFINITION DU CONJOINT

Le conjoint du participant est ci-dessous défini :

- 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.

✓ ARTICLE 6 - DEFINITION DES ENFANTS A CHARGE

Est réputé à charge du participant l'enfant légitime, naturel, reconnu, adoptif 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 26ème anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2ème ou 3ème 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.

✓ ARTICLE 7 – PRISE D'EFFET, CESSATION, SUSPENSION DES GARANTIES

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

1 - Pour les participants répondant aux conditions de l'article 3 de la présente notice, 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 réception de 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.

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 cessent :

- à la date de prise d'effet de la suspension ou résiliation de l'adhésion par l'entreprise,
- à la date de radiation du participant des effectifs de l'entreprise ou de la catégorie de personnel garantie, sous réserve de l'article 10 de la présente notice,
- à la date de suspension du contrat de travail du participant sous réserve des dispositions mentionnées ci-après.

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 régime 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 le participant visé à l'article 10 de la présente notice, 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 de radiation parvienne à l'organisme assureur au plus tard le 31 octobre,
- à la date à laquelle les membres de la famille ne remplissent plus les conditions prévues aux articles 5 et 6 de la présente notice pour être bénéficiaires.
- en cas de non-paiement des cotisations dans les 10 jours de leur échéance, après envoi par l'Institution d'une lettre recommandée de mise en demeure avec accusé de réception et le cas échéant mise en œuvre d'une procédure de recouvrement des dites cotisations non suivie d'effet.

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

SUSPENSION DES GARANTIES

Les garanties frais de santé sont suspendues de plein droit pour les participants dont le contrat de travail est suspendu.

Toutefois, en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à rémunération ou indemnisation (maintien de salaire de l'employeur, d'indemnités journalières versées par l'employeur ou un 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 pendant la suspension de leur contrat de travail à la demande du participant concerné moyennant le paiement des cotisations correspondantes sur la base du dernier salaire d'activité.

Dans le cas où les garanties 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 HUMANIS PREVOYANCE en soit informé dans un délai de 3 mois suivant sa reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par HUMANIS PREVOYANCE de la déclaration faite par l'entreprise.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du participant concerné, ni aucune prestation.

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 8 - ASSIETTE DE COTISATION**

1 - Pour le participant

L'assiette de cotisation est exprimée en pourcentage du salaire brut 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

Ainsi, les salariés percevant une rémunération mensuelle inférieure à 45% du PMSS auront une cotisation assise sur ce salaire plancher et les salariés percevant une rémunération mensuelle supérieure à 150% du PMSS auront une cotisation assise sur ce salaire plafond.

2 - Pour les membres de la famille

L'assiette de cotisation est exprimée en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur pour la période de couverture à laquelle elles se rapportent.

✓ **ARTICLE 9 - 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 demeureront inchangés.

✓ **ARTICLE 10 – 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 ;
2. Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
3. Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
4. L'ancien salarié justifie auprès de l'Institution, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties de prévoyance, dans les conditions mentionnés ci-après ;

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

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

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

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

L'ancien salarié doit également informer l'Institution sans délai de tout évènement 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 11 - 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 12 - PRESTATIONS

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 dans la présente notice.

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.

La diminution ultérieure de l'indemnisation de la Sécurité sociale ne sera en aucun cas compensée.

Le montant retenu pour les dépenses engagées est celui déclaré à la Sécurité sociale et figurant sur le décompte de prestations 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 4 de la présente notice.

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.

✓ ARTICLE 13 - LIMITE DES REMBOURSEMENTS

Le total des remboursements d'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 12 de la présente notice.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle qu'en soit sa date de souscription. Dans cette limite, le participant peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

✓ ARTICLE 14 - 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 15 - CAS PARTICULIER : FRAIS MEDICAUX ENGAGES A L'ETRANGER**

L'Institution garantit les dépenses, soins ou interventions engagés à l'étranger dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention de même nature avec le régime français.

1/ Séjours temporaires à l'étranger / Salariés détachés / Résidents à l'étranger

L'Institution intervient dès lors que les participants bénéficient d'une prise en charge par la Sécurité sociale française ou par le régime de Sécurité sociale du pays d'accueil.

Dans les deux cas, elle intervient en complément des tarifs théoriques de la Sécurité sociale française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues au régime.

2/ Expatriés

L'Institution ne couvre pas les expatriés.

L'Institution ne peut prendre en charge les soins à l'étranger que sous réserve de recevoir les factures détaillées des soins, éventuellement traduites, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée et le remboursement auquel elle a donné lieu.

✓ **ARTICLE 16 - DECLARATION DE SINISTRE ET FORMALITES**

Les demandes de prestations doivent être accompagnées, notamment :

- des originaux des décomptes de la Sécurité sociale ou d'un autre organisme complémentaire ;
- d'un devis établi par le dentiste pour tout travail prothétique ;
- le cas échéant, des factures originales détaillant les frais engagés ;
- de la ou des factures subrogatoires des professionnels de santé en cas de tiers payant.

✓ **ARTICLE 17 - 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 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 18 - CLAUSE DE 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 19 - 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 Prévoyance 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

✓ ARTICLE 20 - CONTROLE - RECLAMATIONS

HUMANIS PREVOYANCE, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale, est soumise 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 21 - A QUI S'ADRESSER ?**

➤ A votre service du personnel :

- pour effectuer votre adhésion et toute modification de votre situation ;
- pour toutes questions concernant le paiement de vos cotisations ;
- pour toutes questions générales sur le régime.

➤ **A HUMANIS PREVOYANCE :**

HUMANIS PREVOYANCE
348 rue du Puech Villa - B.P. 7209 - Parc Euromédecine
34183 MONTPELLIER CEDEX 4



APPEL NON SURTAXE

- Pour toutes questions particulières sur le régime.

✓ **ARTICLE 22 - CONSULTATION DES DECOMPTES SUR [www. accord-de-branche.humanis.com](http://www.accord-de-branche.humanis.com)**

Votre espace assuré vous permet :

- de consulter et suivre vos remboursements en direct,
- de télécharger vos décomptes mensuels en version électronique,
- d'effectuer une demande de prise en charge hospitalière,
- de faire part d'un changement de coordonnées (situation de famille, adresse, téléphone, coordonnées bancaires),
- de transmettre un devis dentaire ou optique.

Vous y découvrirez également des indications pratiques relatives à l'assurance maladie et à la complémentaire santé, ainsi qu'un ensemble d'informations liées à l'actualité du groupe.

Pour créer votre espace Assuré sécurisé sur accord-de-branche.humanis.com

- munissez-vous de votre numéro d'assuré que vous trouverez sur votre carte Tiers Payant et sur vos décomptes de remboursements.

LES SERVICES D'HUMANIS PREVOYANCE

✓ **Le tiers-payant**

Une carte nominative vous sera remise et vous permettra d'obtenir le tiers payant (dispense d'avance de frais). Ce service, assurant une prise en charge dans la limite du ticket modérateur, est accessible auprès des professionnels de santé conventionnés suivants :

- pharmaciens,
- radiologues,
- laboratoires et analyses médicales,
- auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, orthoptistes),
- établissements hospitaliers, centres de santé (en soins externes et hors prothèses dentaires),
- fournisseurs de matériel médical (hors optique et auditif),
- transporteurs.

Votre carte devra être présentée pour toute dispense d'avance de frais. Sa durée de validité est annuelle. En cas de perte de droit (cessation du contrat de travail notamment) vous devez restituer celle-ci à votre employeur ou à défaut à l'INSTITUTION.

TIERS PAYANT OPTIQUE

Votre contrat prévoit une prise en charge optique. Votre opticien adresse alors une demande de prise en charge au gestionnaire de ce service (par saisie sur site internet, à défaut par fax). Celui-ci délivre la prise en charge dans les limites des garanties de votre contrat.

TIERS PAYANT HOSPITALISATION

Avant toute hospitalisation et pour ne pas faire l'avance de frais, vous devez demander une prise en charge hospitalière par téléphone auprès de l'INSTITUTION au numéro figurant sur votre carte de tiers payant.

En cas d'urgence, précisez à l'établissement hospitalier les coordonnées de l'INSTITUTION : notre service faxera immédiatement une demande de prise en charge auprès de l'établissement chargé de vous accueillir.

Communiquez tout renseignement utile (numéro de contrat, date d'hospitalisation, nom de la personne hospitalisée, numéro de Sécurité sociale, coordonnées de l'hôpital ou de la clinique).

✓ **Noémie**

Pour la mise en place du système de télétransmission Noémie, vous devez nous fournir la copie de l'attestation papier jointe à la carte Vitale.

Ce système de transfert des données par le régime de base directement à HUMANIS PREVOYANCE, vous évite l'envoi de décompte de remboursement Sécurité Sociale. Les remboursements se succèdent donc à 48 heures d'intervalle de façon automatique et par virement sur compte bancaire ou postal.

Votre décompte Sécurité Sociale porte la mention « Déjà transmis à votre organisme de prévoyance ».

Si cette mention n'apparaît pas, appelez-nous sans tarder et envoyez-nous le décompte pour remboursement. Vous recevrez ensuite un relevé concernant le remboursement effectué par HUMANIS PREVOYANCE.

Sont exclus de ce système :

- les personnes qui ne souhaitent pas en faire partie ;
- les actes bénéficiant du tiers payant, les sommes étant directement remboursées au praticien ;
- les actes non indemnisés par la Sécurité Sociale qui bénéficient d'un remboursement de notre part (ex. : orthodontie, prothèses dentaires, lentilles non remboursées).

Pour ces derniers, une facture doit obligatoirement être adressée à :

HUMANIS PREVOYANCE

348 rue du Puech Villa - B.P. 7209 - Parc Euromédecine
34183 MONTPELLIER CEDEX 4

Outre les documents visés précédemment, HUMANIS PREVOYANCE pourra, si cela s'avère nécessaire, demander des pièces complémentaires, en vue de votre indemnisation.

GARANTIES D'ASSISTANCE

En complément des garanties souscrites par l'adhérent, des garanties d'assistance sont accordées par l'Institution.

Les prestations et leurs modalités de mise en œuvre sont définies dans la notice séparée jointe, établie par l'assisteur.

IMPORTANT

Pensez à avertir **HUMANIS PREVOYANCE**, le plus rapidement possible, lors de tout changement :

- d'adresse ;
- de situation de famille ;
- de situation des enfants à charge.

Pour obtenir une nouvelle carte d'assuré **HUMANIS PREVOYANCE**, retournez l'ancienne accompagnée d'une nouvelle demande de renseignements à **HUMANIS PREVOYANCE**.

L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE

Nos équipes, composées de professionnels de l'action sociale, sont à votre disposition en cas de difficultés consécutives à un problème de santé, de handicap ou d'invalidité.

Au-delà de l'écoute et du soutien, elles peuvent selon les situations :

- ✓ orienter vers des organismes compétents pour apporter leur concours à l'obtention de droits ou la résolution de difficultés,
- ✓ conseiller sur les démarches à entreprendre,
- ✓ étudier la possibilité d'une aide financière, en fonction de votre situation économique et sociale.

