



CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ENTREPRISES D'ARCHITECTURE

Notice d'information

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

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES AUX GARANTIES PREVUES PAR LE REGIME CONVENTIONNEL

(A COMPLETER PAR L'ENTREPRISE)

CATEGORIE DE PERSONNEL ASSUREE	<input type="checkbox"/> Ensemble du personnel
	<input type="checkbox"/> Personnel Cadre (salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
	<input type="checkbox"/> Personnel Cadre et article 36 (salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)
	<input type="checkbox"/> Personnel Non Cadre y compris article 36 (salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
	<input type="checkbox"/> Personnel Non Cadre (salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)
ADHESION et NIVEAU DE GARANTIES :	<input type="checkbox"/> Adhésion Obligatoire
	<input type="checkbox"/> Adhésion Facultative

SOMMAIRE

▶	Votre contrat frais de santé	3
▶	Vos garanties frais de santé	4
▶	Le fonctionnement du contrat	9
✓	ARTICLE 1 - Objet du contrat	9
✓	ARTICLE 2 - Contrats Responsables	9
✓	ARTICLE 3 - Participants	10
✓	ARTICLE 4 - Conditions d'ouverture, de suspension et de cessation des garanties	10
✓	ARTICLE 5 - Assiette des cotisations	12
✓	ARTICLE 6 - Non-paiement des cotisations	12
✓	ARTICLE 7 - Indexation annuelle des cotisations	13
✓	ARTICLE 8 - Bénéficiaires	13
✓	ARTICLE 9 - Définition du conjoint	13
✓	ARTICLE 10 - Définition des enfants à charge	13
✓	ARTICLE 11 - Règlement des prestations	13
✓	ARTICLE 12 - Droit au maintien des garanties	14
✓	ARTICLE 13 - Plafonnement des garanties	16
✓	ARTICLE 14 - Disposition spéciale pour certains départements	16
✓	ARTICLE 15 - Cas particulier : frais médicaux engagés à l'étranger	16
✓	ARTICLE 16 - Justificatifs et contrôle	17
✓	ARTICLE 17 - Prescription	18
✓	ARTICLE 18 - Fausse déclaration	19
✓	ARTICLE 19 - Clause de subrogation	19
✓	ARTICLE 20 - Informatique et Libertés	19
✓	ARTICLE 21 - Réclamations - Médiation	20
✓	ARTICLE 22 - A qui s'adresser ?	21
✓	ARTICLE 23 - Consultation des décomptes sur www.accord-de-branche.Humanis.fr	21
▶	Les services d'Humanis Prévoyance	22
▶	L'action sociale : une dimension humaine	24

VOTRE CONTRAT FRAIS DE SANTE

Le personnel des entreprises appartenant au champ d'application de la Convention Collective Nationale des entreprises d'Architecture peut bénéficier de garanties « Frais de santé », complémentaires à celles prévues par le régime conventionnel, assurées par HUMANIS PREVOYANCE.

Cette extension de garanties doit être souscrite par l'employeur.

Cette extension peut être, au choix de l'entreprise au moment de la souscription, à :

- adhésion collective obligatoire ;
- adhésion collective facultative.

Vous trouverez dans cette notice le résumé 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

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

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

Garanties CCN des Entreprises d'Architecture	Régime Optionnel
Frais d'hospitalisation	
Chirurgie – Hospitalisation	
Frais de séjour	400 % BR
Honoraires CAS (1)	400% BR
Honoraires Non CAS	200 % BR
Forfait actes lourds	Couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour
Forfait hospitalier	Couverture aux frais réels, Actuellement : 18 € par jour
Chambre particulière par jour	
Conventionnée	100 % FR dans la limite de 3 % du PMSS
Non conventionnée	100% FR dans la limite de 3 % du PMSS
Personne accompagnante	
Conventionnée	100 % FR dans la limite de 1,5 % du PMSS
Non conventionnée	100% FR dans la limite de 3% du PMSS
Frais médicaux	
Consultations – visites Généralistes CAS	240 % BR
Consultations – visites Généralistes Non CAS	200 % BR
Consultations – visites Spécialistes CAS	320 % BR
Consultations – visites Spécialistes Non CAS	200 % BR
Pharmacie	100 % BR
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	1,5 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Analyses	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) CAS	145 % BR

Actes techniques médicaux (petite chirurgie) Non CAS	125 % BR
Radiologie CAS	100 % BR
Radiologie Non CAS	100 % BR
Orthopédie et autres prothèses	260 % BR
Prothèses auditives	30 % du PMSS par oreille (2 oreilles par an max)
Transport accepté par la Sécurité sociale	100 % BR
Dentaire	
Soins dentaires	100 % BR
Soins dentaires avec dépassements	250 % BR
Orthodontie	
Acceptée par la Sécurité sociale	350 % BR
Refusée par la Sécurité sociale	250 % BR
Prothèses dentaires (2)	
Remboursées : dents du sourire (3)	570 % BR
Remboursées : dents de fond de bouche	420 % BR
Inlays-cores	250 % BR
Non remboursées par la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire	5 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Parodontologie	12 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Implantologie par an et par bénéficiaire	25 % du PMSS par an et par bénéficiaire
OPTIQUE	
Verres	Grille optique (4)
Montures	
Lentilles	10 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Prescrites : Acceptée, refusée, jetables	
Chirurgie réfractive (par œil)	32% du PMSS par œil

DIVERS	
Cures thermales (hors thalassothérapie)	
Acceptée par la Sécurité sociale	15 % du PMSS par an e par bénéficiaire
Refusée par la Sécurité sociale	250% BR
Médecine douce (Ostéopathie, Etiopathie, Acupuncteur,...)	
Reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels	5 x 50 € par an et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie osseuse	
Par bénéficiaire	100 € par an et par bénéficiaire
Actes de Prévention	
Tous les actes des contrats responsables	Oui au ticket modérateur
Patch anti-tabac	2% du PMSS par an et par bénéficiaire

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

(2) Limite à 3 prothèses dentaires par année civile remboursées par la Sécurité sociale et par bénéficiaire. Au-delà, la garantie appliquée est celle du décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 (125% BR).

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

Régime Local

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

LE FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

✓ **ARTICLE 1 - Objet du contrat**

Le contrat, régi par le titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale est un contrat collectif conclu entre d'une part l'**Adhérent** appartenant au champ d'application de la Convention Collective Nationale des Entreprises d'Architecture et d'autre part HUMANIS PREVOYANCE, ci-après dénommée l'**Institution**.

- **Lorsqu'il est conclu à titre obligatoire**, le contrat a pour objet de garantir l'ensemble du personnel appartenant à la catégorie socioprofessionnelle définie en première page de la présente notice, pour les risques remboursements Frais de santé.
- **Lorsqu'il est conclu à titre facultatif**, le contrat souscrit par l'Adhérent a pour objet de garantir le personnel appartenant à la catégorie socioprofessionnelle définie en première page de la présente notice et qui souhaite s'affilier pour les risques remboursements Frais de santé.

✓ **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 fixées 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 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 L5126-4 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
- 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**

- Dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire, l'Adhérent s'engage à affilier tous les salariés de la catégorie socioprofessionnelle visée, sous contrat de travail et rémunérés à la date d'effet du contrat, ainsi que les salariés nouvellement promus dans la catégorie ou ceux embauchés ultérieurement.
- Dans le cadre d'un contrat collectif facultatif, l'Adhérent fait compléter à chaque salarié souhaitant s'affilier une demande d'adhésion.

Pour la présente notice, chaque salarié affilié est appelé « Participant ».

✓ **ARTICLE 4 - Conditions d'ouverture, de suspension et de cessation des garanties**

ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES

DANS LE CADRE D'UN CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE

Les garanties s'appliquent immédiatement à compter de la date d'effet du contrat.

Lorsque de nouveaux participants arrivent postérieurement à la date d'effet, ils sont couverts à compter de la date à laquelle ils remplissent les conditions pour bénéficier des garanties, sous réserve d'avoir été déclarés à l'Institution dans les trois mois suivant leur prise de fonction. Au-delà de ce délai, la garantie ne prend effet qu'à compter de la réception par l'Institution de la déclaration de l'Adhérent.

DANS LE CADRE D'UN CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF

Les participants doivent demander leur affiliation au contrat. La date d'affiliation retenue est le premier jour du mois qui suit la réception de la demande d'adhésion dûment complétée.

Pour les membres de la famille

Sous réserve d'être affiliés au régime conventionnel souscrit auprès de l'Institution, les membres de la famille peuvent être affiliés au contrat à la même date que le participant à la condition que leur affiliation soit concomitante à celle du participant.

En cas d'affiliation postérieure à celle du participant, les membres de la famille ne peuvent être affiliés qu'au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'Institution de la demande d'affiliation. Cette affiliation facultative est renouvelable le premier janvier de chaque année par tacite reconduction.

FACULTE DE RENONCIATION POUR LES CONTRATS COLLECTIFS FACULTATIFS UNIQUEMENT

Tout participant affilié à l'Institution au titre d'un contrat collectif facultatif a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet.

La renonciation entraîne la restitution par l'Institution de l'intégralité des sommes versées et par le participant le remboursement des prestations éventuellement perçues dans le délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

Tout participant qui a fait valoir son droit à renonciation ne pourra prétendre adhérer ultérieurement.

CONDITIONS DE SUSPENSION DES GARANTIES

Les garanties frais de santé complémentaires 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. Les cotisations sont maintenues et dues pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

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.

CONDITIONS DE CESSATION DES GARANTIES

1 - Pour le participant

Les garanties cessent :

- à l'issue de la procédure de suspension des garanties en cas de non paiement des cotisations ;
- à la date à laquelle le participant n'appartient plus à la catégorie de personnel garantie ;
- à la date d'effet de la liquidation de la retraite de la Sécurité Sociale du participant ;
- à la date d'effet de la résiliation du contrat,
- et, en tout état de cause, à la date d'effet de la résiliation ou de la suspension de l'adhésion de l'entreprise au régime conventionnel de prévoyance des entreprises d'Architecture souscrit auprès de l'Institution.

Dès qu'un participant cesse d'appartenir à l'effectif assurable, l'Adhérent doit le signaler à l'Institution dans un délai de quinze jours suivant l'événement.

S'il bénéficie du tiers payant, l'Adhérent s'engage à retirer au participant sortant de l'entreprise l'attestation annuelle d'ouverture de droits et la carte de tiers payant et à retourner l'ensemble à l'Institution.

Le non-respect de ces obligations engage la responsabilité de l'Adhérent qui aura alors à supporter la charge du remboursement des éventuelles prestations payées à tort.

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

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'Institution au plus tard le 31 octobre et à condition que la demande de radiation soit parvenue également au titre du régime conventionnel Frais de santé,
- à la date à laquelle les membres de la famille ne remplissent plus les conditions prévues aux articles 9 et 10 de la présente notice pour être bénéficiaires.

RESILIATION DES ADHESIONS POUR LES CONTRATS COLLECTIFS FACULTATIFS UNIQUEMENT

Le participant garanti peut résilier son adhésion au contrat facultatif, aux conditions suivantes :
- après une durée minimale de cotisation d'un an (sauf en cas de rupture du contrat de travail) ;
- en respectant un préavis d'un mois ;
- la résiliation doit être demandée avec une date d'effet au 31 décembre de l'année.

Toute résiliation de la part du participant aura un caractère irrévocable pour une période de 2 ans sauf en cas de changement de situation familiale du participant.

✓ **ARTICLE 5 - Assiette des cotisations**

Les cotisations sont fixées en fonction notamment des garanties souscrites et compte tenu des dispositions réglementaires et des bases de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur à la date d'effet du contrat.

Elles sont formulées à partir d'un taux appliqué au plafond de la Sécurité Sociale en vigueur le premier jour de la période considérée pour chaque échéance de cotisation.

✓ **ARTICLE 6 - Non-paiement des cotisations**

Les cotisations doivent être payées dans les 10 jours suivant leur échéance.

DANS LE CADRE D'UN CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE

La répartition du coût des cotisations entre l'Adhérent et les participants est fixée par l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives.

L'Adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'Institution. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'Institution, aux différentes échéances prévues.

DANS LE CADRE D'UN CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF (appel des cotisations auprès du salarié)

Le participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion du contrat.

✓ ARTICLE 7 - Indexation annuelle des cotisations

Les cotisations sont indexées annuellement au 1^{er} janvier en fonction de l'évolution de l'indice d'évolution des dépenses de santé du régime général de la Sécurité Sociale hors hospitalisation, considéré sur douze mois, de juin à juin, et lissé sur trois années.

✓ ARTICLE 8 - Bénéficiaires

Les garanties du contrat sont complémentaires à celles du régime conventionnel, **les bénéficiaires du contrat sont identiques à ceux du régime conventionnel souscrit auprès de l'Institution soit :**

- le participant;

et si ce dernier a choisit de faire bénéficier des garanties à tout ou partie de sa famille en optant soit pour la :

Couverture « couple » :

- son conjoint tel que défini à l'article 9 ci-après,
ou
- son enfant à charge tel que défini à l'article 10 ci-après.

Couverture « famille » :

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

✓ ARTICLE 9 - Définition 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 10 - Définition des enfants à 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 11 - Règlement des 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 8 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 dépassements d'honoraires des professionnels de santé spécialistes et généralistes hors parcours de soins sont réduits dans les mêmes conditions quel que soit le secteur conventionnel d'exercice.
- ✓ Lorsque ces mêmes professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et non signataires du contrat d'accès aux soins, la base de remboursement retenue pour le calcul de la prise en charge du dépassement d'honoraires pratiqué est celle du tarif d'autorité.
- ✓ Les prestations de la garantie souscrite sont exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale, selon les conditions figurant dans la présente notice d'information.
- ✓ Les garanties du contrat prévoient par ailleurs une prise en charge limitée à un équipement optique composé de deux verres et d'une monture, remboursé par la Sécurité sociale, tous les deux ans. Cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.

Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement par le PARTICIPANT. Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

- ✓ 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 12 - Droit au maintien des garanties**

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

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

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

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

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

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

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

L'ancien salarié doit également informer l'Institution sans délai de tout 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.

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

DANS LE CADRE D'UN CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE

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

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

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

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

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

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

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

DANS LE CADRE D'UN CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF

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

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

✓ ARTICLE 13 - Plafonnement des garanties

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 11 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 - Disposition spéciale pour certains départements

Si le contrat est souscrit au profit de salariés relevant du Régime local Alsace Moselle (départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle), l'Institution tient compte des dispositions spécifiques prévues par le Code de la Sécurité Sociale pour cette zone géographique.

✓ ARTICLE 15 - Cas particulier : frais médicaux engagés à l'étranger

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 contrat.

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

Bénéficiaire NOEMIE	Justificatifs à fournir
Hospitalisation chirurgicale ou médicale Etablissement conventionné ou non conventionné	Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...)
Soins courants (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante,..)	Aucun document
Médecine douce	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)

<p>Optique</p> <p>- Chirurgie réfractive</p>	<p>Facture détaillée et acquittée</p> <p>En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent et :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soit une nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction ; - soit la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant les nouvelles corrections. <p>Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non remboursées par la Sécurité Sociale</p> <p>Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré</p>
<p>Prothèses dentaires – Orthodontie - Parodontologie</p> <p>remboursées ou non par la Sécurité Sociale</p>	<p>Imprimé type de l'INSTITUTION et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Nomenclature de la Sécurité Sociale. *</p>
<p>Cure thermique</p>	<p>Facture acquittée du séjour</p>

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

* 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 actes ou frais non pris en charge par la Sécurité sociale : Facture originale acquittée.

En cas de tiers payant avec la Sécurité sociale mais sans tiers payant avec l'INSTITUTION : Facture acquittée du ticket modérateur.

✓ 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 - Fausse déclaration**

Les déclarations faites, tant par l'Adhérent ou par son conseil que par le participant, servent de base à la garantie. L'Institution se réserve ainsi la possibilité de vérifier les données communiquées.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'Adhérent, l'Institution pourra demander l'annulation du contrat. En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du participant, la garantie accordée au participant est nulle.

Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution. L'annulation du contrat ou de garanties s'accompagne de la répétition de l'ensemble des prestations payées à ce titre.

En cas de réticence ou de fausse déclaration non intentionnelle de la part de l'Adhérent, l'Institution se réserve le droit soit de maintenir le contrat en vigueur en contrepartie d'une augmentation de la cotisation, soit de procéder à la résiliation du contrat dix jours après la notification adressée à l'Adhérent par lettre recommandée. L'Institution restitue alors la portion des cotisations payées pour le temps où l'assurance ne court plus.

✓ **ARTICLE 19 - 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 20 - Informatique et Libertés**

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 21 - Réclamations - Médiation

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

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

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

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

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait être fournie dans ce délai, l'INSTITUTION adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra être apportée à la réclamation 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'Adhérent ou les Bénéficiaires, 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 22 - 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 contrat.

- **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 contrat.

✓ ARTICLE 23 - Consultation des décomptes sur www.accord-de-branche.Humanis.fr

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.

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.

