



malakoff médéric
humanis

SANTÉ – PRÉVOYANCE – RETRAITE – ÉPARGNE

Accord collectif départemental Frais de santé du 4 décembre 2015 du VAR

Notice d'information santé

Régime collectif à adhésion facultative

CASES A COCHER PAR L'ENTREPRISE SELON LE CONTRAT SOUSCRIT

CATEGORIE(S) ASSUREE(S)

- Salariés affiliés au contrat socle collectif obligatoire (n°CRI2010020S/00)
- Ayants droit des salariés affiliés au contrat socle collectif obligatoire conventionnel (- CRI2010020S/02)
- Salariés non affiliés à l'AGIRC seul au contrat de travail suspendu sans rémunération ou indemnisation par l'employeur (hors arrêt de travail) (n°CRI2010020S/01)
- Anciens salariés agricoles du VAR (Art. 4 Loi Evin (et leurs ayants droit) et ayants droit garantis du salarié décédé, ; anciens salariés bénéficiaires de rente incapacité-invalidité (et leurs ayants droit) ; anciens salariés privés d'emploi bénéficiaires ou non d'un revenu de remplacement (et leurs ayants-droit)) (N° CRI2010020S/03)

Edition Janvier 2019

**Garanties frais de santé « contrat collectif à
adhésion facultatif »**

Référence : NI-Accord Département VAR – FS – Janvier 2019

Document à remettre à votre employeur

Je soussigné(e), _____

Certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime de prévoyance auquel il a adhéré auprès de Humanis Prévoyance en application du contrat collectif facultatif de la convention collective de notre profession.

A _____ le

Signature

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
PREAMBULE.....	4
▶ Affiliation des membres du personnel - Adhésion individuelle des personnes au contrat collectif facultatif	4
▶ Bénéficiaires.....	5
GARANTIES FRAIS DE SANTE	8
▶ Contrat solidaire et responsable	8
▶ Garanties frais de santé	8
▶ Risques exclus.....	10
▶ Modalités de versement des prestations.....	11
DISPOSITIONS GENERALES.....	13
▶ Entrée en vigueur des garanties - Suspension et conditions de maintien	13
▶ Durée et renouvellement de l'adhésion individuelle du Participant	14
▶ Maintien des garanties	14
▶ Cotisations	15
▶ Paiement des cotisations.....	15
▶ Effet de la résiliation ou du non renouvellement	16
▶ Recours - Prescription	16
▶ Les justificatifs à fournir par le Participant pour ses demandes de remboursement	18
POUR MIEUX SE COMPRENDRE.....	20
L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE.....	21
ANNEXE : VOS GARANTIES.....	22

PREAMBULE

Les partenaires sociaux ont signé un Accord Collectif Départemental du VAR (ci-après dénommé l'« Accord ») en date du 4 décembre 2015 modifié, instituant une opération d'assurance à adhésion facultative dénommée ci-après « contrat collectif facultatif », à laquelle sont affiliés :

- Les salariés bénéficiant du contrat socle collectif obligatoire (n° N° CRI2010020S/00 et N° CRI2010020S/02) ainsi que leurs ayants droit, d'autre part,
- Les salariés seuls non affiliés à l'AGIRC et dont le contrat de travail suspendu sans rémunération ou indemnisation par l'employeur (hors arrêt de travail) et le cas échéant leurs ayants droit (N° CRI2010020S/01)
- Les anciens salariés agricoles du VAR (Art. 4 Loi Evin (et leurs ayants droit) et ayants droit garantis du salarié décédé ; anciens salariés bénéficiaires de rente incapacité-invalidité (et leurs ayants droit) ; anciens salariés privés d'emploi bénéficiaires ou non d'un revenu de remplacement (et leurs ayants-droit)) (N° CRI2010020S/03).

Votre employeur, ci-après dénommé « l'Adhérent » relevant de l'Accord, adhère au contrat d'assurance collective du régime frais de santé mis en œuvre par Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est à Paris (75009) 21 rue Laffitte, ci-après dénommée « l'Institution ».

Vous trouverez dans cette notice la présentation des garanties du régime frais de santé ainsi que les éléments vous permettant de 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.

► Affiliation des membres du personnel - Adhésion individuelle des personnes au contrat collectif facultatif

Seuls peuvent souscrire au contrat collectif facultatif les Adhérents ayant souscrit un contrat socle collectif obligatoire au titre du régime conventionnel obligatoire référencé n°CRI2010007S/00. La souscription dudit contrat peut intervenir en même temps que la souscription du contrat socle collectif obligatoire précité. Elle

peut également être réalisée postérieurement à celle-ci, en cours d'exécution du contrat socle collectif obligatoire.

La souscription du contrat collectif facultatif nécessite l'expression d'un consentement exprès, distincte de l'expression du consentement à la souscription du contrat socle collectif obligatoire, de l'Adhérent et de l'Institution. Les deux adhésions se réalisent au moyen de deux contrats d'adhésions différents.

Obligations de l'Adhérent

L'Adhérent devra obligatoirement :

1. Répondre exactement aux questions de l'Institution relatives à l'ensemble du personnel que l'Adhérent envisage de garantir au titre du contrat collectif facultatif. Doivent être notamment fournies les caractéristiques sociodémographiques de la catégorie.
2. Veiller au paramétrage exhaustif de sa DSN selon la fiche de paramétrage fournie par l'Institution pour son ou ses contrats frais de santé, si l'Adhérent entre dans le périmètre de la DSN.
3. Communiquer à l'Institution le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle dûment renseigné par chaque Participant qui souhaite adhérer individuellement au contrat collectif facultatif (si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN), accompagné des pièces justificatives visées à l'article 5.3, dans un délai de trente jours suivant sa signature par le Participant.
4. Déclarer à l'Institution toute personne physique travaillant pour l'Adhérent qui, au cours du contrat d'adhésion, entre dans l'effectif de l'entreprise et qui souhaite adhérer à titre individuel au contrat collectif facultatif, si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN.
5. Déclarer à l'Institution tout salarié qui, au cours du contrat d'adhésion, quitte l'entreprise notamment suite à une démission, une rupture conventionnelle, un licenciement ou un départ en retraite, en précisant la date et le motif du départ, si l'Adhérent n'entre pas dans le périmètre de la DSN. Cette déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'entreprise ou du changement de catégorie.
6. Déclarer à l'Institution tout salarié dont le contrat de travail est suspendu et qui ne pourrait bénéficier du maintien de son adhésion en application de l'article 9.
7. Tant que ces informations ne sont pas transmises par l'Adhérent ni traitées par l'Institution par les flux DSN :

- Communiquer annuellement à l'Institution, au plus tard le 31 janvier de l'année N + 1, un état nominatif annuel des salaires par voie dématérialisée

- Déclarer trimestriellement l'effectif de la catégorie assurée et de la masse salariale brute (si elle a choisi d'assoir les cotisations sur tout ou partie de la rémunération brute), ventilée par tranche soumise à cotisations sociales, lors des appels de cotisations émis par l'organisme assureur;

- Communiquer le formulaire type "Déclaration de portabilité" dûment renseigné et signé pour permettre le maintien des garanties de prévoyance au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale, selon les modalités prévues aux dispositions contractuelles existantes.

L'Institution se réserve la possibilité de réclamer des dommages-intérêts et/ou de prononcer la résiliation du contrat collectif facultatif en cas d'inexactitude ou de manquement par l'Adhérent ou par le Participant à l'une des obligations **énoncées ci-dessus**. **A défaut de communication des documents demandés, la résiliation intervient à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi d'une mise en demeure par l'Institution.**

Information des Participants

L'Adhérent reconnaît avoir été informé par l'Institution des obligations qui lui incombent en vertu des dispositions de l'article L 932-6 du Code de la Sécurité sociale, en sa qualité de souscripteur du contrat.

Conformément à ces dispositions, l'Adhérent s'engage à remettre à chaque Participant la notice d'information qui lui a été communiquée par l'Institution.

L'Adhérent s'engage à porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications des garanties, notamment en leur remettant l'addenda modificatif de ladite notice ou la nouvelle notice d'information rédigée par l'Institution.

L'Adhérent est seul responsable à l'égard du Participant en l'absence de remise de la notice d'information ou de l'addenda modificatif de celle-ci.

Adhésion individuelle des personnes

Le contrat permet à chaque membre du personnel qui le souhaite, de bénéficier des garanties prévues au contrat collectif facultatif, moyennant le paiement des cotisations correspondantes.

L'adhésion individuelle ne peut produire ses effets que dans la mesure où chaque Participant, renseigne intégralement et signe le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle établi par

l'Institution, dans lequel il précise notamment son état civil et ses bénéficiaires.

L'Institution émet un document de confirmation d'adhésion individuelle mentionnant la date de prise d'effet des garanties et les caractéristiques de l'adhésion individuelle. En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur ce document fait foi entre les parties.

Sous réserve du respect des dispositions ci avant, l'adhésion individuelle prend effet :

- ❖ À la date à laquelle le Participant bénéficie du contrat socle collectif obligatoire souscrit par l'Adhérent, s'il choisit d'adhérer à cette date,
- ❖ À défaut, si le Participant choisit d'adhérer à une date postérieure, au 1er jour du mois suivant la réception par l'Institution de la demande du Participant sous réserve que le Participant bénéficie du contrat socle collectif obligatoire souscrit par l'Adhérent.

► Bénéficiaires

Les bénéficiaires

Sont couverts au choix de l'Adhérent :

- Les salariés bénéficiant du contrat socle collectif obligatoire (n° N° CRI2010020S/00 et N° CRI2010020S/02) ainsi que leurs ayants droit, d'autre part,
- Les salariés seuls non affiliés à l'AGIRC et dont le contrat de travail suspendu sans rémunération ou indemnisation par l'employeur (hors arrêt de travail) et le cas échéant leurs ayants droit (N° CRI2010020S/01)

Lorsque l'ADHERENT a choisi de faire bénéficier du contrat collectif facultatif les ayants droit des salariés affiliés eux-mêmes au contrat socle collectif obligatoire ou facultatif :

Le Participant opte :

- Soit pour une couverture « Famille » ;
- Soit pour une couverture « Par enfant ».

Ces cotisations sont intégralement prises en charge par le Participant suivant les modalités de la présente notice d'information.

Couverture « Famille » : La couverture « Famille » correspond à la couverture spécifique de l'ensemble de la famille (conjoint, enfants à charge et ascendants à charge) du Participant.

Couverture « Par enfant » : La couverture « par enfant » correspond à la couverture spécifique des enfants à charge uniquement.

Couverture des ayants droit

Lorsque l'Adhérent a souscrit le contrat collectif facultatif, **les bénéficiaires déclarés par le Participant au titre de ce contrat doivent être identiques, en tout état de cause, à ceux affiliés au contrat socle collectif obligatoire.**

En conséquence, la souscription du présent contrat par le Participant emporte de plein droit l'affiliation du conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS, des enfants à charge, des ascendants et descendants à charge du Participant, si celui-ci est affilié au contrat socle collectif obligatoire.

Définition des ayants droits

Sont ayants droit du Participant :

- ❖ Le conjoint du Participant non divorcé ou non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation, ou le partenaire lié au Participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou le concubin à charge au sens de la Sécurité sociale,
- ❖ Les enfants considérés à charge au sens de la sécurité sociale,
- ❖ Les enfants rattachés au Participant ou à son conjoint au sens de la législation fiscale, c'est-à-dire âgé de moins de 21 ans (ou de moins de 25 ans si poursuite d'études),
- ❖ Les enfants jusqu'au jour de leur 28^{ème} anniversaire satisfaisant au moins l'une des conditions suivantes :
 - Étudiants percevant une rémunération au plus trois mois dans l'année ou à défaut n'excédant pas 60 % du SMIC mensuel,
 - À la recherche d'un premier emploi et inscrits en tant que tel à Pôle Emploi,
 - Sans condition d'âge pour les enfants reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).
- ❖ Le conjoint, ou le partenaire lié par un PACS ou le concubin tel que défini ci-dessus non à charge au sens de la Sécurité sociale, c'est-à-dire le conjoint non couvert par la Sécurité sociale à titre d'ayant droit du Participant et qui bénéficie des prestations du régime de la Sécurité sociale sous son propre numéro.
- ❖ Les ascendants à charge : les personnes ascendantes du bénéficiaire à condition d'être à charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

Conditions d'affiliation et de modification des bénéficiaires

Le Participant déclare à l'Adhérent et à l'Institution son conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS à charge, ses enfants à charge et ses ascendants et descendants à charge.

Cette déclaration a lieu à l'occasion de l'affiliation du Participant. Toutefois, postérieurement à celle-ci, le Participant peut affilier ou modifier les bénéficiaires, à l'occasion d'une modification de la situation familiale (notamment naissance, décès...)

Le Participant est tenu d'informer l'Adhérent et l'Institution de ces modifications.

En tout état de cause, le Participant est tenu d'apporter les pièces justifiant sa situation et celle de son conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS à charge, ses enfants à charge et ses ascendants et descendants à charge, à l'Institution et de s'acquitter des cotisations afférentes.

L'affiliation du conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS à charge, des enfants à charge et des ascendants et descendants à charge prend effet à la date prévue par la présente notice d'information.

Justificatifs à fournir

Le Participant doit joindre avec le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle, selon sa situation :

- ❖ La copie du livret de famille,
- ❖ La copie du certificat de mariage,
- ❖ L'attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
- ❖ L'attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins et tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...),
- ❖ Pour les conjoints, concubins, partenaires liés par un PACS à charge :
 - Photocopie du dernier avis d'imposition commune,
 - La photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale,
 - Ou en cas d'imposition séparée, photocopie du dernier avis d'imposition du conjoint et assimilé et attestation d'engagement dans les liens d'un PACS ou attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins et tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, ...),

- Attestation sur l'honneur certifiant ne pas exercer d'activité professionnelle ou être à la charge effective, totale et permanente du Participant.
- Pour les conjoints, concubins, partenaires liés par un PACS non à charge :
 - Photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale ou de la carte d'assuré social au régime de base obligatoire, en vigueur,
 - Copie du bulletin de salaire,
 - Photocopie du dernier avis d'imposition du conjoint et assimilé.
- Pour les enfants à charge selon leur situation :
 - Pour les enfants de moins de 21 ans non-salariés, une attestation sur l'honneur certifiant qu'ils sont à la charge effective et permanente du Participant, du conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS
 - Le certificat de scolarité,
 - La copie du dernier avis d'imposition du Participant ou de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
 - La copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - La copie du dernier bulletin de salaire,
 - Photocopie de tout document de reconnaissance de l'état d'infirmité permanente (dont la carte d'invalidité)
 - L'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
 - Photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale ou de la carte d'assuré social au régime de base obligatoire, en vigueur,
- Pour les ascendants ou descendants à charge :
 - Photocopie de l'avis d'imposition de la personne vivant sous le toit du Participant;
 - Tout justificatif de domicile au nom de la personne à charge (facture, ...) ou à défaut, attestation sur l'honneur de domiciliation établie sur papier libre, signée par le Participant et la personne à charge.

Outre ces justificatifs, le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle doit être accompagné de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale en vigueur à la date d'affiliation, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro.

L'Institution se réserve le droit de demander au Participant toutes autres pièces justificatives.

Le Participant s'engage à informer l'Institution de toute modification de sa situation ou celle de l'un de ses bénéficiaires ne permettant plus à ce dernier d'avoir cette qualité.

Cessation de l'affiliation des bénéficiaires

L'affiliation des bénéficiaires prend fin en cas de cessation de l'affiliation du Participant.

Elle cesse également :

- À la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions posées ci-avant,
- Au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les ayants droit justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur et à la condition que l'acte mettant en place les garanties le prévoit,
- Au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le Participant demande la résiliation de l'extension facultative du conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS, non à charge. Cette demande doit être adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de la même année par lettre recommandée. La demande adressée à l'Institution après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant, elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année.

GARANTIES FRAIS DE SANTE

► Contrat solidaire et responsable

Le présent contrat respecte l'ensemble des conditions posées par les Pouvoirs Publics pour répondre aux définitions de « Contrat Solidaire » et de « Contrat Responsable ». Le contrat collectif facultatif ne satisfait pas aux conditions du contrat solidaire et responsable posées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

L'Adhérent reconnaît que son attention a été spécialement attirée par l'Institution sur les conséquences de la non-conformité du présent contrat à cette réglementation dont, notamment le taux majoré de taxe de solidarité additionnelle et l'absence de régime social et fiscal de faveur sur le financement patronal à ces régimes.

La souscription du contrat collectif facultatif est juridiquement distincte de la souscription du contrat socle collectif obligatoire.

La souscription du contrat collectif facultatif est autorisée ou refusée par l'Adhérent lors de la signature du Contrat d'Adhésion par l'Adhérent. En cas d'autorisation, elle est laissée à l'appréciation de chaque Participant qui, individuellement, fait part de sa volonté de bénéficier de cette couverture complémentaire.

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

- ❖ Conformément à l'article L. 160-13 II du Code de la Sécurité sociale, la participation forfaitaire due par le bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale. Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile.
- ❖ Conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité sociale, la franchise applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D.160-9 du Code de la Sécurité sociale pour certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la santé publique, actes pratiqués

par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du Code de la Sécurité sociale).

- ❖ Conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, la majoration de la participation supportée par le bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.

► Garanties frais de santé

Les garanties des contrats figurent en annexe de la présente notice.

Objet et conditions des garanties

Les garanties frais de santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les Participants, en complément des remboursements de la MSA effectués au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, sous réserve de l'application des risques exclus mentionnés ci-après et des frais non pris en charge dans le cadre du « contrat solidaire et responsable ».

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.

Lorsque les professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire, les remboursements complémentaires au titre de présent régime sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

Par dérogation, certains frais inscrits à la nomenclature, mais non pris en charge par la MSA, peuvent donner lieu cependant à un remboursement par l'Institution dans les conditions fixées aux tableaux des garanties annexées.

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après remboursements de toute nature auxquels il a droit.

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

Donnent lieu à remboursement, selon les modalités prévues au tableau des garanties, les frais suivants :

Il est précisé que suite à la nouvelle convention médicale du 25 août 2016, publiée au Journal Officiel du 23 octobre 2016, afin de maintenir le caractère responsable du contrat, les mentions « Contrat d'Accès aux Soins », « CAS » et « non CAS » sont remplacées respectivement par :

- « dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée »,
- « OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) / OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique) »,
- Et « non OPTAM / non OPTAM CO ».

Toutefois, le Contrat d'Accès aux Soins, pouvant être conclu jusqu'au 31 décembre 2016 pour une durée de trois ans, celui-ci s'achèvera au plus tard au 31 décembre 2019. Il y aura donc coexistence durant cette période, des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée CAS – OPTAM / OPTAM-CO.

HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ :

Hospitalisation chirurgicale :

- ❖ Frais chirurgicaux proprement dits.

Hospitalisation médicale :

- ❖ Pour tout séjour notamment en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence au 1^{er} jour d'hospitalisation.
- ❖ Pour les frais de chambre particulière la prise en charge est limitée à :
 - **365 jours,**
 - **180 jours en cas de séjour en psychiatrie.**

Hospitalisation à domicile prise en charge par la MSA.

Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations chirurgicales ou médicales

- ❖ Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la Liste des Produits et des Prestations (LPP) facturables et spécialités pharmaceutiques).
- ❖ Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin

adhérent ou non au contrat d'accès aux soins.

- ❖ Frais de chambre particulière : la prise en charge est **limitée à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours.**
- ❖ A l'expiration de cette période de 365 jours ou 180 jours, le bénéficiaire ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des prestations qu'après une **interruption d'hospitalisation entre 2 séjours supérieure à 90 jours** continus et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.
- ❖ Forfait hospitalier.
- ❖ Participation forfaitaire pour les actes coûteux.

SOINS DE VILLE EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ :

- ❖ **Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste ayant signé ou non au contrat d'accès aux soins l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).**
- ❖ **Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement.**
- ❖ **Frais d'analyse et de laboratoire.**
- ❖ **Petite chirurgie et actes de spécialité réalisés par un spécialiste ayant signé ou non le contrat d'accès aux soins l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).**
- ❖ **Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie réalisés par un médecin ayant signé ou non le contrat d'accès aux soins l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).**
- ❖ **Participation forfaitaire pour les actes coûteux.**

PHARMACIE :

- ❖ **Frais pharmaceutiques remboursés par la MSA,**
- ❖ **Vaccins non remboursés par la MSA,**
- ❖ **Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac.**

TRANSPORT :

- ❖ **Frais de transport pris en charge par la MSA.**

DENTAIRE :

- ❖ **Soins dentaires remboursés par la MSA : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie.**
- ❖ **Inlays-onlays remboursés par la MSA.**
- ❖ **Prothèses dentaires remboursées par la MSA:**
 - Couronnes, bridges et inter de bridges,
 - Couronnes sur implant,
 - Prothèses dentaires amovibles,
 - Réparations sur prothèses,
 - Inlays-cores.
- ❖ **Orthodontie remboursée par la MSA.**

OPTIQUE :

- ❖ **Équipement optique pris en charge par la MSA (deux verres et une monture).**

La prise en charge est limitée à un équipement 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.

- ❖ **Lentilles remboursées ou non par la MSA.**

APPAREILLAGES :

- ❖ **Orthopédie et autres prothèses.**
- ❖ **Prothèse auditive.**

ALLOCATIONS FORFAITAIRES :

- ❖ **Maternité :** une allocation, destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais afférents à la naissance, est versée pour la naissance d'un enfant du Participant, déclaré à l'état civil.

MEDECINES DOUCES :

Par dérogation à l'article « Risques exclus » de la présente notice d'information, peuvent être pris en charge les actes effectués par les praticiens mentionnés au tableau des

garanties.

Les actes doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat, inscrits au registre préfectoral et exerçant en France.

Soins engagés hors de France

L'Institution garantit les dépenses de soins ou interventions engagées 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.

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 MSA ou par le régime de Sécurité sociale du pays d'accueil.

Dans les deux cas elle intervient en complément des tarifs théoriques de la MSA française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues par le contrat.

Le contrat ne couvre pas les salariés expatriés.

Justificatifs

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

► Risques exclus

Ne donnent pas lieu aux garanties définies dans la présente notice d'information les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique.

En aucun cas, l'Institution ne prendra en charge les dépassements d'honoraires non déclarés à la MSA ou pratiqués par un professionnel de santé non autorisé à effectuer de tels dépassements.

Le fait que l'Institution ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

► Modalités de versement des prestations

Païement des cotisations

Pour que le Participant puisse bénéficier des prestations, l'Adhérent doit avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'il pourrait devoir au titre du contrat.

Services de tiers payant

L'Institution met à la disposition des bénéficiaires un service de dispense d'avance de frais dans la limite des remboursements prévus aux tableaux des garanties.

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

Une carte nominative comportant les garanties concernées sera remise à chaque bénéficiaire, assuré social à titre personnel. Elle permettra l'obtention du tiers payant auprès des professionnels de santé ayant passé une convention avec un prestataire de services choisi par l'Institution.

Le bénéficiaire qui n'utilise pas sa carte de tiers payant doit demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursé par l'Institution.

La prise en charge optique

L'opticien adresse une demande de prise en charge auprès du gestionnaire de ce service, si le bénéficiaire profite de ce service. La prise en charge est limitée aux garanties souscrites mentionnées aux tableaux des garanties figurant en annexe.

La prise en charge hospitalière

Dès qu'il a connaissance de l'hospitalisation d'un bénéficiaire en établissement conventionné avec la Sécurité sociale, le Participant en informe l'Institution qui lui délivrera une attestation de prise en charge.

Cette attestation de prise en charge dispensera le bénéficiaire de tout paiement des frais d'hospitalisation, dans la limite du contrat et en tout état de cause dans la limite de 300 % de la

base de remboursement pour les honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire, à l'exception des frais personnels.

Si l'hospitalisation n'a donné lieu à aucune prise en charge par l'Institution, le bénéficiaire règle son séjour hospitalier à l'établissement.

Demandes de remboursement

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-dessous doivent être produites à l'Institution dans un délai maximum de deux ans suivant la survenance des soins ou du décès par le bénéficiaire. A défaut, le bénéficiaire se voit opposer la prescription visée dans la présente notice d'information.

Les bénéficiaires et l'Adhérent sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'Institution les déclarations et pièces justificatives listées ci-après.

L'Institution se réserve le droit de demander au Participant toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment des spécificités des garanties souscrites.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du bénéficiaire de la prestation.

En cas de déclaration frauduleuse, l'Institution n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

Il appartient aux bénéficiaires d'informer l'Institution de toute modification de ses coordonnées bancaires, **notamment en cas de modification de la situation familiale (instance de divorce, procédure en cours de rupture du PACS ou de séparation des concubins, succession).**

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 par le bénéficiaire lui-même en cas de fraude avérée.

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 ou de celle de ses ayants droit affiliés. 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 le paiement des prestations, **y compris après résiliation du contrat.**

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

DISPOSITIONS GENERALES

► Entrée en vigueur des garanties - Suspension et conditions de maintien

Prise d'effet des garanties

Les garanties du contrat collectif facultatif **souscrit** par l'entreprise prennent effet pour le Participant:

- ✎ À l'issue des trois premiers de la suspension du contrat de travail, sous réserve d'en faire la demande et de s'acquitter des cotisations dues

Pour les ayants droit, les garanties du contrat collectif facultatif prennent effet :

- ✎ À la même date d'affiliation que le Participant au contrat socle collectif obligatoire,
- ✎ À défaut, à la date de l'évènement dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation de famille, dès lors qu'ils sont affiliés au contrat collectif socle obligatoire,

Conditions de suspension des garanties

Suspension du contrat de travail rémunérées ou indemnisées

Le bénéficiaire des garanties du contrat socle obligatoire est maintenu au Participant dont le contrat de travail est suspendu moyennant le paiement des cotisations, s'il bénéficie :

- ✎ Soit d'un maintien total ou partiel de salaire,
- ✎ Soit d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, complémentaires financées au moins pour partie par l'Adhérent, qu'elles soient versées directement par l'Adhérent ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée

En cas de suspension du contrat de travail pour l'un des cas prévus par les dispositions légales (notamment congé sans solde, congé sabbatique, congé parental d'éducation à temps plein, congé pour création d'entreprise, congé de solidarité internationale, congé de solidarité familiale, congé de formation, congé d'enseignement ou

de recherche) ne donnant pas lieu à maintien, en tout ou partie, de salaire par l'employeur, le Participant bénéficie du maintien des garanties du contrat socle obligatoire pendant les trois premiers mois de la suspension du contrat de travail et ce, sans versement de cotisation.

A l'issue de cette période, les garanties du contrat socle obligatoire est suspendu. Aucune cotisation n'est due par l'Adhérent ou par le Participant. La suspension des garanties des contrats collectifs s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'Institution de la déclaration de reprise du travail faite par l'Adhérent.

Le Participant peut toutefois demander à l'Institution, à titre individuel et pour la période de suspension du contrat de travail restant à courir, à continuer de bénéficier des garanties du contrat socle facultatif, sous réserve du paiement par ce dernier de l'intégralité de la cotisation due. Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'Institution dans les quinze jours suivant ladite suspension.

Les cotisations seront recouvrées selon la périodicité indiquée sur le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle. En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, le Participant peut se voir appliquer des majorations de retard fixées à hauteur de trois fois le taux d'intérêt légal et courant, à compter de l'échéance.

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

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

► Durée et renouvellement de l'adhésion individuelle du Participant

Durée et renouvellement de l'adhésion individuelle du Participant

L'adhésion individuelle du Participant au contrat collectif facultatif se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction d'année en année, sauf dans les cas de cessation visés ci-dessous.

Cessation de l'adhésion individuelle du Participant

Sous réserve de l'application de l'article « Maintien des garanties santé au titre de la portabilité », l'adhésion individuelle du Participant au contrat collectif facultatif cesse de plein droit :

- ❖ Soit à la date de résiliation ou de non renouvellement de l'adhésion de l'entreprise au contrat socle collectif obligatoire,
- ❖ Soit à la date de résiliation ou de non-renouvellement de l'adhésion de l'entreprise au contrat collectif facultatif,
- ❖ Soit à la date à laquelle le Participant ne fait plus partie de la catégorie assurée.

L'adhésion individuelle du Participant peut également cesser :

- ❖ **À la demande du Participant :**
 - Au 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec avis de réception, sous réserve que cette demande parvienne à l'Institution au plus tard le 31 octobre,
 - En cas de modification apportée à ses droits et obligations par l'Institution.

La dénonciation par le Participant de son adhésion individuelle est définitive, de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler de demande d'adhésion individuelle au contrat collectif facultatif, sauf dérogation accordée par l'Institution.

- ❖ **À la demande de l'Institution :**
 - En cas de non-paiement des cotisations,
 - En cas de non acceptation par le Participant des propositions de révisions des cotisations formulées par l'Institution. L'Institution procédera alors, de plein droit, à la résiliation de l'adhésion individuelle du Participant au dernier jour précédant la date de prise d'effet dudit changement.

La cessation de l'adhésion individuelle entraîne la fin des garanties du contrat collectif facultatif à adhésion facultative.

Le Participant qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de la cessation de son adhésion individuelle à remettre à l'Adhérent sa carte de tiers payant. L'Adhérent doit la retourner à l'Institution. L'Institution récupère auprès du Participant toutes prestations indûment réglées.

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

► Maintien des garanties

Maintien des garanties santé au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale « Portabilité des droits »

Conditions au maintien de l'affiliation

Sous réserve pour le Participant d'être éligible au dispositif de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'affiliation au contrat socle collectif obligatoire et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les bénéficiaires sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail du Participant à condition que la cessation résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

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

En lieu et place de cette déclaration, l'Adhérent peut effectuer cette démarche par voie dématérialisée.

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

Effet et durée du maintien de l'affiliation

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

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

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

- ❖ À la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de

bénéficiaire des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès),

- ❖ En cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après,
- ❖ En cas de résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise au contrat socle collectif obligatoire.
- ❖ En tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail.

Obligations déclaratives

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

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

Garanties

Le Participant bénéficie des garanties prévues au contrat socle collectif obligatoire au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail. Le cas échéant, le maintien de garanties est accordé aux ayants droit, tels que définis au contrat. En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat socle collectif obligatoire ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables au Participant. L'Adhérent s'engage à informer le Participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat socle collectif obligatoire, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'Institution.

Financement

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

Maintien des garanties santé au titre de l'article 6 de la loi Evin du 31 décembre 1989

Sous réserve d'en faire la demande à l'Institution, les Participants peuvent continuer à bénéficier de garanties frais de santé à titre individuel, y compris au terme du maintien prévu à l'article « Maintien des garanties santé au titre de la portabilité », moyennant le paiement de cotisations spécifiques, dans les cas suivants :

- Cessation de l'adhésion individuelle au contrat collectif

facultatif,

- Résiliation ou non-renouvellement de l'adhésion de l'entreprise au contrat collectif facultatif.

► Cotisations

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le Participant et de la communication à l'Institution des justificatifs visés dans la présente notice d'information.

Pour les Participants dont l'affiliation prend effet ou cesse en cours d'année, le montant des cotisations est calculé prorata temporis de leur durée d'appartenance.

Pour le calcul de ce prorata, les mois sont comptés pour une durée de 30 jours.

► Paiement des cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale

Les cotisations sont recouvrées selon les modalités indiquées au contrat souscrit par l'Adhérent. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

L'appel des cotisations est effectué auprès du Participant :

Dans ce cas les cotisations seront recouvrées dans les conditions définies sur le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.

La résiliation de l'extension des garanties du contrat socle collectif obligatoire aux membres de la famille par l'Institution ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard mentionnées ci-dessous.

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

En outre, l'Institution se réserve le droit de résilier le contrat, dans les conditions légales et réglementaires et conformément aux dispositions prévues ci-dessous.

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

Défaut de paiement des cotisations

Lorsque l'appel des cotisations est effectué auprès du Participant, il est fait application des dispositions suivantes :

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

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

► Effet de la résiliation ou du non renouvellement

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat d'adhésion au contrat socle collectif obligatoire de l'Adhérent met fin aux garanties.

Les demandes de remboursements de soins adressées à l'Institution après la fin des garanties seront prises en compte à la condition que la date des soins indiquée sur les décomptes de la MSA soit antérieure à la date de fin de couverture et sous réserve des dispositions de l'article « Demandes de Remboursement » de la présente notice.

► Recours - Prescription

Recours subrogatoire

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, à l'exclusion du cas de décès, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à l'Institution dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. L'Institution se réserve la possibilité de leur demander

une quittance subrogatoire.

Cette action en recours s'exerce en application des dispositions de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, l'Institution n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

Prescription

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- ❖ En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance,
- ❖ En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Lorsque l'action de l'Adhérent ou des bénéficiaires contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou les bénéficiaires concernés ou a été indemnisé par celui-ci.

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

- ❖ La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,
- ❖ La demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code,
- ❖ Un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter :

- ❖ De l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par l'Institution au Participant en vue d'obtenir le paiement de cotisations,
- ❖ De l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par le Participant ou ses ayants droit à l'Institution en vue d'obtenir le règlement de la

prestation.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais visés aux alinéas ci-dessus ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

Réclamations – Médiation

L'Institution 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 des contrats, à l'adresse suivante :

Humanis Prévoyance

Service Satisfaction Clients

303, rue Gabriel Debacq

45 777 Saran cedex

Tél. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les correspondances adressées par le 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 pas être fournie dans ce délai, l'Institution lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Institution et après épuisement des voies de recours internes, l'entreprise, le Participant, les bénéficiaires ou les ayants droit, ou avec l'accord de ceux-ci, l'Institution, peuvent saisir le Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

Médiateur du CTIP

10 rue Cambacérès – 75008 Paris

Tél : 01 42 66 68 49

www.ctip.asso.fr

mediateur@ctip.asso.fr

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

Contrôle de l'Institution

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution - 4 Place de Budapest CS 92459-75436 PARIS CEDEX 09.

Dispositions diverses

» Confidentialité

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée des contrats et après son extinction pour une durée de cinq années, la stricte confidentialité de toutes les informations techniques ou financières qu'elles auront pu se communiquer ou dont elles auront pu avoir connaissance à l'occasion de l'exécution du contrat.

En particulier, l'Institution s'engage envers l'Adhérent à conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

» Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations communiquées sont traitées par l'Institution, responsable de traitement, ou par l'organisme gestionnaire par délégation.

Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance.

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, ces données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant du Participant (demande de renseignements ou de documentation par exemple). L'ensemble des durées de conservation des données sont précisées sur le site internet du

groupe HUMANIS à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>.

Le Participant peut demander l'accès, la rectification, l'effacement de ses données personnelles ainsi que limiter ou s'opposer au traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) aux coordonnées suivantes : protection-donneespersonnelles@humanis.com ou à groupe HUMANIS - celle Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant Couturier - 92246 MALAKOFF Cedex. Le peut également demander la portabilité des données qu'il a fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque son consentement était requis. Un justificatif d'identité pourra être demandé par l'Institution pour confirmer l'identité du Participant avant de répondre à sa demande.

Le site internet du groupe HUMANIS peut être consulté pour de plus amples informations à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>.

En tout état de cause, le Participant peut saisir directement la

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

» **Prospection commerciale par voie téléphonique**

Le Participant qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL », par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr conformément aux dispositions des articles L.223-1 à L223-7 du code de la consommation.

Toutefois, tant que le contrat est en cours, cette inscription n'interdit pas à l'Institution de démarcher téléphoniquement le Participant si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de l'Institution, à l'adresse mentionnée à l'article ci-dessus, à l'utilisation de ses coordonnées téléphoniques à des fins de prospection commerciale en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

► **Les justificatifs à fournir par le Participant pour ses demandes de remboursement**

Bénéficiaire NOEMIE	
Hospitalisation chirurgicale ou médicale - Etablissement conventionné ou non conventionné	Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...)
Hospitalisation à domicile (HAD)	Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD.
Soins de ville (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante...)	Aucun document
Optique	Facture détaillée et acquittée En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : <ul style="list-style-type: none">- Soit nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction,- Soit prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction,- Et prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.

	Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la MSA ou la Sécurité sociale
Prothèses dentaires - Orthodontie - Parodontologie	Imprimé type de l'Institution et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Classification Commune des Actes Médicaux*
Médecine douce	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)
Maternité	Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou acte d'enfant sans vie
	Non bénéficiaire Noémie
Pour les soins pris en charge par la Sécurité sociale ou la MSA	Décompte original de la Sécurité sociale ou de la MSA Justificatifs ci-dessus

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

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

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

En cas de tiers payant avec la MSA mais sans tiers payant avec l'Institution : facture acquittée du ticket modérateur.

POUR MIEUX SE COMPRENDRE

Actes hors nomenclature : actes non reconnus par la Sécurité sociale et non-inscrits aux nomenclatures.

Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) : assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.

Contrat d'accès aux soins : contrat conclu par le médecin de secteur 2, par le médecin de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement et par le médecin de secteur 1 disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2, ayant pour objet d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie.

Contrat responsable : contrat collectif ayant pour objet le remboursement de frais de santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application.

Contrat solidaire : contrat collectif ayant pour objet le remboursement de frais de santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurables.

Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) : base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.

Nomenclature : cette notion désigne aussi bien la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), que la Nomenclature

Générale des Actes Professionnels (NGAP), que la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) et que la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux, documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

OPTAM / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1er janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM / l'OPTAM-CO.

Plafond de la Sécurité sociale : plafond servant de base au calcul des cotisations de Sécurité sociale et prévu aux articles L. 241-3 et D. 242-17 du Code de la Sécurité sociale et modifié chaque année par arrêté.

Sécurité sociale : tout régime légalement obligatoire d'assurance maladie.

Tarif forfaitaire de responsabilité : base de remboursement de la Sécurité sociale pour le princeps d'un médicament (original d'un médicament) ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

Ticket modérateur : part des frais de santé non remboursée par le régime d'assurance maladie obligatoire en application de l'article L. 322-2 I du Code de la Sécurité sociale.

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.**

Ces aides ne sont pas systématiques. Elles ne peuvent en aucun cas être assimilées à un complément des garanties contractuelles.

A qui s'adresser

Humanis
Service social

N° Cristal 09 72 72 23 23

APPEL NON SURTAXE

ANNEXE : VOS GARANTIES

Conformément au cahier des charges du contrat responsable, les Honoraires, les Frais de séjour, les Soins courants, la Pharmacie remboursée à 65% en régime général, le Transport, l'Appareillage, les équipements Optique et Lentilles remboursées SS ou MSA, les Soins dentaires et Inlays-onlays ainsi que les Actes de prévention sont pris en charge par Humanis Prévoyance avec un minimum de 100% de la BR - MR ; les Prothèses dentaires SS ou MSA et l'Orthodontie SS ou MSA sont, quant à elles, prises en charge par Humanis Prévoyance avec un minimum de 125% de la BR – MR.

Les garanties s'entendent SOUS DEDUCTION des prestations de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole (sauf garanties exprimées en forfait).

Ces garanties s'entendent dans la double limite, d'une part des frais réels - MR, et d'autre part dans la limite de :

HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE, y compris maternité (secteurs conventionné et non conventionné (1))

Hospitalisation chirurgicale et médicale

Frais de séjour et Fournitures diverses	100% de la BR
Honoraires	100% de la BR
Dépassement d'honoraires - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	155% de la BR
Dépassement d'honoraires - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	100% de la BR
Forfait journalier	100% des Frais réels par jour
Chambre particulière (hospitalisation & maternité), y compris forfait ambulatoire	55 Euros par jour
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	100% des Frais réels

Hospitalisation à domicile

Honoraires des médecins libéraux - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	255% de la BR
Honoraires des médecins libéraux - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	200% de la BR
Autres frais	100% de la BR

SOINS DE VILLE (secteurs conventionné et non conventionné (1))

Consultations et visites de généralistes ou de spécialistes - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	100% de la BR
Consultations et visites de généralistes ou de spécialistes - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	100% de la BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	100% de la BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	100% de la BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	100% de la BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	100% de la BR

Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	100% de la BR
Biologie médicale	100% de la BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	100% des Frais réels
PHARMACIE	
Frais pharmaceutiques remboursés par la SS ou la MSA	100% de la BR
Vaccins non remboursés par la SS ou la MSA	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 40 Euros
Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac (* y compris le remboursement SS ou MSA éventuel)	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 150 Euros*
FRAIS DE TRANSPORT	
Frais de transport remboursé par la SS ou la MSA	100% de la BR
APPAREILLAGE	
Orthopédie, prothèses auditives (+ piles et entretien) et prothèses diverses remboursées par la SS ou la MSA	100% de la BR
FRAIS DENTAIRES	
Soins dentaires remboursés par la SS ou la MSA : soins dentaires, actes de prophylaxie bucco-dentaire, actes d'endodontie, parodontologie	100% de la BR
Inlays-onlays remboursés par la SS ou la MSA	125% de la BR
Prothèses dentaires remboursées par la SS ou la MSA : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Prothèses dentaires transitoires - Réparations sur prothèses - Inlays-cores	210% de la BR + 400 €/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la SS ou la MSA	160% de la BR
OPTIQUE	
Limitation à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (1 équipement tous les ans)	
Verres remboursés par la SS ou la MSA	Cf. Grille Optique détaillée
Monture remboursée par la SS ou la MSA	Adulte et enfant de 18 ans et + : 125 Euros ; Enfant - 18 ans : 125 Euros
Lentilles remboursées ou non remboursées par la SS ou la MSA (y compris jetables)	455% de la BR plus un forfait de 100 Euros
MATERNITE	

Allocation naissance	1/3 PMSS/bénéficiaire
PREVENTION	
Actes de prévention hors fonds de solidarité	Pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat (3)
MEDECINE ALTERNATIVE	
Acupuncteur, Chiropracteur, Diététicien, Ergothérapeute, Etiopathie, Homéopathe, Méthode Mézières, Microkinésithérapeute, Nutritionniste, Ostéopathe, Pédicure, Podologue, Psychologue, Psychomotricien, Psychothérapeute, Réflexologue, Sophrologue	40 Euros par consultation, dans la limite de 3 consultations par an et par bénéficiaire

Grille Optique détaillée

Adulte et enfant de 18 ans et +

VERRES UNIFOCAUX

Verre simple foyer sphérique

Sphère de -6,00 à +6,00 (Codes LPP : 2203240, 2287916)	102 Euros par verre
Sphère de -6,25 à -10,00 et Sphère de +6,25 à +10,00 (Codes LPP : 2282793, 2280660, 2263459, 2265330)	113 Euros par verre
Sphère HZ -10 à +10 (Codes LPP : 2235776, 2295896)	122 Euros par verre

Verre simple foyer, sphéro-cylindrique

Cylindre ≤ +4,00 et sphère de -6,00 à +6,00 (Codes LPP : 2259966, 2226412)	107 Euros par verre
Cylindre ≤ +4,00 et sphère HZ < -6,00 à > +6,00 (Codes LPP : 2284527, 2254868)	119 Euros par verre
Cylindre > +4,00 et sphère de -6,00 à +6,00 (Codes LPP : 2212976, 2252668)	117 Euros par verre
Cylindre > +4,00 et de sphère HZ < -6,00 ou > +6,00 (Codes LPP : 2288519, 2299523)	130 Euros par verre

VERRES MULTIFOCAUX

Verre multifocal sphérique

Sphère de -4,00 à + 4,00 (Codes LPP : 2290396, 2291183)	121 Euros par verre
Sphère HZ < -4,00 ou > +4,00 (Codes LPP : 2245384, 2295198)	135 Euros par verre

Verres multifocal ou progressif, sphéro-cylindrique

Quelle que soit la puissance de cylindre et sphère de -8,00 à +8,00 (Codes LPP : 2227038, 2299180)	133 Euros par verre
Quelle que soit la puissance de cylindre et sphère HZ < -8,00 à > +8,00 (Codes LPP : 2202239, 2252042)	188 Euros par verre

Enfant - 18 ans

VERRES UNIFOCAUX	
Verre simple foyer sphérique	
Sphère de -6,00 à +6,00 (Codes LPP : 2261874, 2242457)	172,50 Euros par verre
Sphère de -6,25 à -10,00 et Sphère de +6,25 à +10,00 (Codes LPP : 2243540, 2243304, 2297441, 2291088)	251 Euros par verre
Sphère HZ -10 à +10 (Codes LPP : 2273854, 2248320)	312,50 Euros par verre
Verre simple foyer, sphéro-cylindrique	
Cylindre ≤ +4,00 et sphère de -6,00 à +6,00 (Codes LPP : 2200393, 2270413)	172,50 Euros par verre
Cylindre ≤ +4,00 et sphère HZ < -6,00 à > +6,00 (Codes LPP : 2283953, 2219381)	288 Euros par verre
Cylindre > +4,00 et sphère de -6,00 à +6,00 (Codes LPP : 2238941, 2268385)	255 Euros par verre
Cylindre > +4,00 et de sphère HZ < -6,00 ou > +6,00 (Codes LPP : 2245036, 2206800)	312,50 Euros par verre
VERRES MULTIFOCAUX	
Verre multifocal sphérique	
Sphère de -4,00 à + 4,00 (Codes LPP : 2259245, 2264045)	300 Euros par verre
Sphère HZ < -4,00 ou > +4,00 (Codes LPP : 2238792, 2202452)	312,50 Euros par verre
Verres multifocal ou progressif, sphéro-cylindrique	
Quelle que soit la puissance de cylindre et sphère de -8,00 à +8,00 (Codes LPP : 2240671, 2282221)	312,50 Euros par verre
Quelle que soit la puissance de cylindre et sphère HZ < -8,00 à > +8,00 (Codes LPP : 2234239, 2259660)	312,50 Euros par verre
(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.	
(2) L'« OPTAM / OPTAM-CO » remplace, à compter du 1er janvier 2017, le CAS. Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM / l'OPTAM-CO.	
(3) Les actes de prévention sont listés dans les Conditions Générales. A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.	
BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale / BRR : Base de Remboursement Reconstitué / CAS : Contrat d'Accès aux Soins / FR : Frais Réels / MR : Montant Remboursé par la Sécurité Sociale / MSA : Mutualité Sociale Agricole / OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier de l'année / SS : Sécurité Sociale / TM : Ticket modérateur (TM = BR - MR)	
Le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés, sous déduction des remboursements versés par la SS ou la MSA et tout autre organisme complémentaire.	

Votre interlocuteur Malakoff Médéric Humanis

Suivre votre contrat

Téléphone : N° CristalAPPEL NON SURTAXE

Adresse :

Site internet :

Humanis Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale - Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 410 005 110 - Siège social : 21, rue Laffitte, 75009 Paris soumise à l'ACPR (4 Place de Budapest, CS ,92459, 75436 PARIS Cedex 09).