



malakoff médéric  
humanis

SANTÉ – PRÉVOYANCE – RETRAITE – ÉPARGNE

# ACCORD COLLECTIF DEPARTEMENTAL FRAIS DE SANTE DU 4 DECEMBRE 2015 DU VAR

## Au profit des salariés agricoles du VAR non affiliés à l'Agirc

### Notice d'information santé Régime collectif et obligatoire « socle »

Edition janvier 2019

#### **Garanties frais de santé**

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

Document à retourner à votre employeur

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_

certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime Frais de santé collectif et obligatoire « socle » mis en place par ce dernier auprès d'Humanis Prévoyance.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

# SOMMAIRE

SOMMAIRE .....	3
PREAMBULE.....	4
▶ Modalités d'affiliation .....	4
▶ Bénéficiaires.....	4
GARANTIES FRAIS DE SANTE .....	6
▶ Contrat solidaire et responsable .....	6
▶ Garanties frais de santé .....	6
▶ Risques exclus.....	8
▶ Modalités de versement des prestations.....	8
▶ Les justificatifs à fournir par le Participant pour ses demandes de remboursement .....	10
DISPOSITIONS GENERALES.....	12
▶ Prise d'effet et suspension des garanties.....	12
▶ Cessation de l'affiliation des Participants .....	13
▶ Maintien des garanties santé .....	13
▶ Cotisations .....	14
▶ Paiement des cotisations.....	14
▶ Révision des cotisations et/ou des garanties du contrat collectif obligatoire.....	15
▶ Effet de la résiliation ou du non-renouvellement.....	15
▶ Recours - Prescription.....	15
▶ Réclamations – Médiation .....	16
▶ Contrôle de l'Institution.....	16
▶ Dispositions diverses.....	16
POUR MIEUX SE COMPRENDRE.....	18
L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE.....	19
ANNEXE 1 : VOS GARANTIES.....	20
▶ Régimes collectif et obligatoire frais de santé « socle ».....	20

# PREAMBULE

Les partenaires sociaux ont signé un accord collectif départemental en date 4 du décembre 2015 (ci-après dénommé « l'Accord ») instituant une assurance complémentaire frais de santé obligatoire au profit des salariés agricoles du VAR non affiliés à l'AGIRC et bénéficiant d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de 3 mois.

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 Titre III du livre IX du Code de la Sécurité Sociale, dont le siège social est à PARIS (75009), 21 rue Laffitte, dénommée ci-après « l'Institution ».

Le contrat collectif obligatoire « socle » a pour objet la souscription des garanties de base obligatoires dans les conditions définies par la présente Notice. 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.

## ► Modalités d'affiliation

### Conditions d'affiliation

L'Adhérent s'engage à affilier à la date d'effet du contrat les salariés non affiliés à l'AGIRC, bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de 3 mois.

Conformément aux cas de dispenses d'affiliation de droit et de ceux mentionnés dans l'Accord, certains salariés ont toutefois la faculté de ne pas adhérer au contrat collectif obligatoire, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de l'Adhérent.

A défaut de renonciation écrite exprimée par le salarié concerné, celui-ci doit être obligatoirement affilié.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation :

- ❖ doivent être affiliés au contrat collectif obligatoire dès qu'ils cessent de justifier de leur situation ou de remplir les conditions posées à la dispense d'affiliation ;
- ❖ peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion au contrat collectif obligatoire - l'adhésion prendra effet le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable.

Pour la présente Notice d'information, chaque salarié ainsi affilié est appelé « **Participant** ».

Lors de l'adhésion de l'employeur ou de son entrée en fonction, chaque Participant renseigne et signe le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle établi par l'Institution.

Il y précise notamment son état civil et, le cas échéant, celui de ses ayants droit.

## ► Bénéficiaires

### Obligations de l'Adhérent

Conformément à la présente Notice, l'Adhérent devra obligatoirement :

1. Affilier, dès le premier jour de leur contrat de travail, l'ensemble de ses salariés agricoles non affiliés à l'AGIRC et bénéficiant d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de 3 mois et entrant dans le champ d'application de l'Accord, sous réserve des cas de dispenses d'affiliation.
2. Veiller au paramétrage exhaustif de sa DSN selon la fiche de paramétrage fournie par l'Institution pour son contrat, si l'Institution entre dans le périmètre de la DSN.
3. Que l'Adhérent entre ou non dans le champ d'application de la DSN, il s'engage à communiquer à l'Institution, sur support papier ou dématérialisé, la Déclaration d'Affiliation dûment renseignée par chaque membre du personnel appartenant à la catégorie assurée, selon les modalités prévues aux dispositions contractuelles existantes.
4. Déclarer à l'Institution tout salarié qui, au cours de l'adhésion, entre dans les effectifs de l'entreprise, quitte l'entreprise ou sort du champ d'application de l'Accord. L'Adhérent précise la date et le motif du départ ou de l'évolution. La déclaration doit être effectuée dans les 30 jours suivant le départ de l'entreprise ou la sortie du Participant du champ d'application de l'Accord.
5. Déclarer à l'Institution tout salarié dont le contrat de travail est suspendu et qui ne pourrait bénéficier du maintien de son affiliation en application de la présente Notice.
6. Tant que les informations ci-après ne sont pas transmises par l'Adhérent ni traitées par l'Institution par les flux DSN, l'Adhérent devra :
  - Déclarer trimestriellement, à l'Institution par le biais des appels de cotisations, l'effectif des salariés affiliés au présent contrat ainsi que la masse salariale brute (si l'Adhérent a choisi d'assoir les cotisations sur tout ou partie de la rémunération brute), ventilée par tranche soumise à cotisations sociales.

- Communiquer annuellement à l'Institution, au plus tard le 31 janvier de l'année N + 1, un état nominatif annuel des salaires du personnel concerné par voie dématérialisée, afin de permettre l'ajustement des cotisations éventuellement nécessaire par l'Institution au cours du premier semestre de l'année suivante.

- Communiquer le formulaire type "Déclaration de portabilité" dûment renseigné et signé pour permettre le maintien des garanties de frais de santé au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

### 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.

La notice définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que des délais de prescription.

L'Adhérent s'engage à porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications des garanties, notamment en leur remettant l'avenant 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'avenant modificatif de celle-ci.

La preuve de la remise de la notice d'information aux Participants et des informations relatives aux modifications apportées au contrat incombe à l'Adhérent.

### Affiliation obligatoire des Participants

**La signature du bulletin d'adhésion entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de l'ensemble des salariés de l'entreprise non affiliés à l'AGIRC, bénéficiant d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de 3 mois, et entrant dans le champ d'application de l'Accord.**

Conformément aux cas de dispenses d'affiliation de droit et de ceux mentionnés dans l'Accord, certains salariés ont toutefois la faculté de ne pas adhérer au contrat collectif obligatoire, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de l'Adhérent. A défaut de renonciation écrite exprimée par le salarié concerné, celui-ci doit être obligatoirement affilié.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation :

- ✧ doivent être affiliés au contrat collectif obligatoire dès qu'ils cessent de justifier de leur situation ou de remplir les conditions posées à la dispense d'affiliation ;
- ✧ peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion au contrat collectif obligatoire - l'adhésion prendra effet le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable.

Le cas échéant, chaque Participant renseigne et signe le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle établi par l'Institution. Il y précise notamment son état civil et, le cas échéant, celui de ses ayants droit.

# 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 respecte les conditions posées à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale.

A ce titre, et 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.**

Le présent contrat est modifié de plein droit par l'évolution légale ou réglementaire des conditions posées au « Contrat Responsable » ou au « Contrat Solidaire ».

## ► Garanties frais de santé

**Les garanties des contrats figurent en Annexe 1 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 Sécurité sociale française effectués au titre de l'assurance maladie et de

l'assurance maternité, sous réserve de l'application des risques exclus mentionnés à ci-après et des frais non pris en charge.

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 du 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 Sécurité sociale, peuvent donner lieu cependant à un remboursement par l'Institution dans les conditions fixées aux tableaux des garanties annexés.

**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.**

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.

Donnent lieu à remboursement, selon les modalités prévues aux tableaux des garanties prévu en Annexe I, les frais suivants :

HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ :

- ❖ **Hospitalisation chirurgicale :**  
Frais chirurgicaux proprement dits.
- ❖ **Hospitalisation médicale**

- ❖ **Hospitalisation à domicile prise en charge par la MSA et/ ou la Sécurité sociale.**
- ❖ **Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations chirurgicales et 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 ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),
  - Forfait hospitalier prévu à l'article L.174-4 du code de la Sécurité sociale est pris en charge sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait hospitalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendants (EHPAD),
  - Forfait ambulatoire,
  - 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 les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, aux soins l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).**
- ❖ **Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement.**
- ❖ **Biologie médicale.**
- ❖ **Petite chirurgie et actes de spécialité réalisés par un spécialiste ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, 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 les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).**
- ❖ **Frais de chambre particulière (dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités 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 deux séjours supérieure à 90 jours continus et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.

- ❖ **Participation forfaitaire pour les actes coûteux.**

#### PHARMACIE :

- ❖ **Frais pharmaceutiques remboursés par la MSA et/ ou la Sécurité sociale**
- ❖ **Vaccins non remboursés par la MSA et/ ou la Sécurité sociale**
- ❖ **Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac remboursé par la MSA et/ ou la Sécurité sociale**

#### APPAREILLAGE :

- ❖ **Orthopédie et prothèses remboursés par la MSA et/ ou la Sécurité sociale.**
- ❖ **Prothèses auditives (+ piles et entretien) remboursées par la MSA et/ ou la Sécurité sociale.**

#### TRANSPORT :

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

#### DENTAIRE :

- ❖ **Soins dentaires remboursés par la MSA et/ ou la Sécurité sociale:** soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie.
- ❖ **Inlays-onlays remboursés par la MSA et/ ou la Sécurité sociale.**
- ❖ **Orthodontie remboursée par la MSA et/ ou la Sécurité sociale.**
- ❖ **Prothèses dentaires :**
  - Couronnes, bridges et inter de bridges
  - Couronnes sur implants
  - Prothèses dentaires amovibles
  - Prothèses dentaires transitoires
  - Réparations sur prothèses
  - Inlays-core

#### OPTIQUE :

- ❖ **Équipement optique pris en charge par la MSA et/ ou la Sécurité sociale (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 (y compris jetables) remboursées ou non par la MSA et/ ou la Sécurité sociale.**

#### MATERNITE :

##### ❖ **Allocation maternité**

Une allocation destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais et dépassements d'honoraires liés à l'accouchement, non remboursés par la MSA et/ ou la Sécurité sociale, est versée pour la naissance d'un enfant du participant, déclaré à l'état civil. Cette allocation est versée, dans la double limite des frais réels et du contrat, sur présentation des justificatifs pour la naissance d'un enfant du participant.

Cette allocation est doublée en cas de naissance multiple.

Cette allocation n'est pas due en cas d'adoption d'un enfant par le participant.

#### PREVENTION :

##### ❖ **Acte de prévention hors fonds de solidarité**

- ❖ le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sur les 1<sup>ères</sup> et 2<sup>èmes</sup> molaires permanentes des enfants avant leur 14<sup>ème</sup> anniversaire, à raison d'une fois par dent,
- ❖ un détartrage annuel complet, effectué en 2 séances maximum,
- ❖ un bilan du langage oral et/ou un bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit pour les enfants de moins de 14 ans, à condition qu'il s'agisse d'un 1<sup>er</sup> bilan,
- ❖ le dépistage de l'hépatite B,
- ❖ le dépistage, une fois tous les 5 ans, des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour les cas d'audiométrie tonale et/ou vocale (dans le bruit ou avec Tympanométrie),
- ❖ l'acte d'ostéodensitométrie osseuse remboursable par l'Assurance Maladie (pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans),
- ❖ les vaccins suivants : Diphtérie, Tétanos et poliomyélite (à tous âges) ; Coqueluche (avant 14 ans) ; Hépatite B (avant 14 ans) ; BCG (avant 6 ans) ; Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes immunisées désirant un enfant ; Haemophilus influenzae B ; vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Les actes de prévention sont pris en charge par l'Institution au titre de chaque poste de garanties concernés par ces actes.

#### MEDECINES DOUCES :

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.

#### SERVICE :

- ❖ **Assistance de base + Plateforme Itélis + Téléconsultation + Hospiway**
- ❖ **Tiers Payant iSanté**
- ❖ **Tiers Payant Optique**

#### Séjours temporaires à l'étranger, salariés détachés, résidents à l'étranger

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 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 par le contrat.

#### **Le contrat ne couvre pas les salariés expatriés.**

#### Justificatifs

Afin de bénéficier des prestations correspondant aux soins engagés hors de France, les Participants doivent envoyer à l'Institution 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 au bénéfice de prestations les cures thermales non remboursées par la Sécurité sociale, les 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 Sécurité sociale 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**

#### **Tiers payant**

Conformément aux dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale et de ses textes réglementaires d'application, l'Institution met à la disposition du Participant un service de



dispense d'avance de frais de santé (tiers-payant) sur l'ensemble des garanties prévues au contrat faisant l'objet d'un tarif de responsabilité.

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

Le Participant qui n'utilise pas leur carte de tiers-payant ou se voit refuser ce service par le professionnel de santé 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 I.

### La prise en charge hospitalière

Le Participant informe au plus vite l'Institution de son hospitalisation en établissement conventionné avec la Sécurité sociale. L'Institution délivrera alors au Participant 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, 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 date du décompte de la Sécurité sociale ou de la survenance des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité Sociale.**

**A défaut, le bénéficiaire se voit opposer la prescription visée dans la présente Notice.**

Le Participant 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 au Participant d'informer l'Institution de toute modification de ses coordonnées bancaires.

### Justificatifs et contrôle

Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, le Participant 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 Participant 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 Participant 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. 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.**

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 donnent pas lieu à prise en charge.

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

Nature des soins	Bénéficiaire NOEMIE
<b>Hospitalisation chirurgicale ou médicale</b> - 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...)
<b>Hospitalisation à domicile (HAD)</b>	Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD.
<b>Soins de ville</b> (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante...)	Aucun document
<b>Optique</b>	Facture détaillée et acquittée  En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : <ul style="list-style-type: none"> <li>- soit nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction,</li> <li>- soit prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction,</li> <li>- et prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.</li> </ul> Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la MSA ou la Sécurité sociale
<b>Prothèses dentaires - Orthodontie</b> <b>- Parodontologie</b>	Imprimé type de l'Institution et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Classification Commune des Actes Médicaux* Prescription médicale pour les frais dentaires non pris en charge par la MSA ou la Sécurité sociale
<b>Médecine alternative</b>	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)
<b>Maternité</b>	Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou acte d'enfant sans vie
	<b>Non bénéficiaire Noémie</b>

**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 Sécurité sociale ou la MSA mais sans tiers payant avec l'Institution : facture acquittée du ticket modérateur.

# DISPOSITIONS GENERALES

## ► Prise d'effet et suspension des garanties

### Prise d'effet des garanties

Les garanties du contrat collectif obligatoire souscrit par l'Adhérent prennent effet :

- ❖ à la date d'effet de l'adhésion au contrat collectif obligatoire pour tous les Participants présents à cette date, et ultérieurement à la date d'embauche, sous réserve des cas de dispenses d'affiliation ;
- ❖ au premier jour du mois qui suit la demande d'affiliation pour les salariés ayant demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation et qui viennent à cesser de justifier de leur situation, ou qui décident ultérieurement de renoncer à cette dispense.

### Conditions de suspension des garanties

#### **Suspensions du contrat de travail rémunérées ou indemnisées**

Le bénéfice des garanties du contrat collectif obligatoire est maintenu au Participant dont le contrat de travail est suspendu, sans versement de cotisation pour tout mois civil complet d'absence, 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'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

**Si la suspension du contrat de travail est inférieure à un mois, les cotisations pour le bénéfice des garanties du contrat collectif obligatoire sont dues intégralement.**

#### **Suspensions du contrat de travail non rémunérées ou non indemnisées**

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée (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), le Participant bénéficie du maintien des garanties du contrat collectif 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 collectif obligatoire sont suspendues. Aucune cotisation n'est due par l'Adhérent ou par le Participant. La suspension des garanties du

contrat collectif obligatoire 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 collectif obligatoire, 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.

Ce maintien des garanties cesse :

- ❖ à la date de fin de la suspension du contrat de travail du Participant,
- ❖ en cas de non-paiement des cotisations par le Participant selon les modalités définies ci-dessus,
- ❖ à la date de sortie des effectifs ou de la catégorie de personnel concerné,
- ❖ à la date de départ à la retraite, à l'exception des Participants reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'Adhérent,
- ❖ et, en tout état de cause, à la date de résiliation et de non-renouvellement du présent contrat collectif et obligatoire.

## ► Cessation de l'affiliation des Participants

L'affiliation du Participant cesse de plein droit :

- ✦ à la date de sortie des effectifs ou de la catégorie de personnel concerné du Participant,
- ✦ à la date de départ à la retraite, à l'exception des Participants reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'Adhérent,
- ✦ et, en tout état de cause, à la date de résiliation ou de non-renouvellement du présent contrat collectif et obligatoire.

### **La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties du contrat collectif obligatoire.**

Le Participant qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de son départ, à remettre à l'entreprise sa carte de tiers payant. L'entreprise doit la restituer à l'Institution.

L'Institution récupère auprès du Participant toutes les prestations indûment réglées.

## ► Maintien des garanties santé

### **Maintien des garanties santé au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale « Portabilité des droits »**

La loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi est venue étendre à l'ensemble des entreprises et modifier le dispositif de maintien de couverture dit « de portabilité » au profit des anciens salariés.

### **Conditions au maintien de l'affiliation**

Sous réserve d'être éligible au dispositif de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, l'affiliation du Participant au contrat collectif obligatoire est maintenue en cas de cessation de son contrat de travail à condition que la cessation ne résulte pas d'une faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

L'Adhérent doit informer l'Institution du maintien de couverture du Participant au titre de la portabilité des droits.

Si l'Adhérent n'entre pas dans le périmètre de la DSN, il devra retourner à l'Institution le formulaire type « Déclaration de portabilité » dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture.

A défaut, l'affiliation du Participant cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

Il incombe à l'Adhérent d'informer le Participant du dispositif du droit au maintien des garanties notamment via une mention dans le certificat de travail.

### **Effet et durée du maintien de l'affiliation**

L'affiliation du Participant au contrat 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.**

En tout état de cause, l'affiliation au contrat collectif obligatoire du Participant cesse de plein droit :

- ✦ à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès...),
- ✦ en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après,
- ✦ en cas de résiliation ou de non-renouvellement du présent contrat collectif et obligatoire,
- ✦ en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien des garanties 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 collectif obligatoire au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail.

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

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

## **Financement**

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

### **Maintien de garanties Santé au titre de l'article 4 de la loi n°89-1009 dite « Evin » du 31 décembre 1989**

Dans le cadre du contrat collectif obligatoire, et conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties frais de santé peuvent être maintenues par la souscription d'un contrat proposé sans condition de période probatoire ni d'exams ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- ❖ les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité,
- ❖ les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite,
- ❖ les anciens salariés privés d'emploi et bénéficiaires d'un revenu de remplacement,
- ❖ les personnes garanties du chef du Participant décédé.

Sous réserve d'être informé par l'entreprise de la cessation du contrat de travail pour l'un des motifs ci-dessus, l'Institution adressera la proposition de maintien individuel de la couverture aux intéressés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire au titre de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale ou du décès du Participant.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'Institution dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail ou le cas échéant suivant la fin de la portabilité des droits ou dans les six mois suivant le décès du Participant.

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

## **► Cotisations**

Les cotisations annuelles 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.

Les taux de cotisations du contrat collectif obligatoire sont mentionnés en annexe du bulletin d'adhésion. Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale.

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.

Les cotisations pourront évoluer au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année en fonction des résultats du régime, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois, après accord des partenaires sociaux.

## **Cas particulier d'un Participant à employeurs multiples**

Lorsqu'un Participant travaille régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs entreprises relevant du champ d'application de l'Accord, ce Participant et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'Institution. Cet employeur est celui auprès duquel le Participant a été embauché en premier, sauf accord explicite entre le Participant et ses employeurs.

## **► Paiement des cotisations**

Les cotisations des Participants sont recouvrées mensuellement à terme échu auprès de l'Adhérent. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

La répartition du coût des cotisations entre l'Adhérent et les Participants est fixée par l'Accord. Toutefois, l'Adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'organisme assureur. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'Institution, aux différentes échéances prévues.

Pour les entreprises n'entrant pas dans le périmètre de la DSN, et sur la base de l'état nominatif annuel des salaires visés à l'article 5.1 communiqué par l'Adhérent à l'Institution ce dernier procède aux ajustements de cotisations éventuellement nécessaires au cours du 1<sup>er</sup> semestre de l'année suivante.

**Il est précisé que pour les Participants exerçant leur activité à temps partiel, la cotisation est due dans son intégralité.**

**A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les trente jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception, à l'Adhérent. A défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, l'Institution pourra résilier 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 fixées à hauteur de trois fois le taux d'intérêt légal, à compter de l'échéance.**

**L'Institution se réserve le droit d'informer directement les Participants de la défaillance de l'Adhérent.**

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

**L'Institution informera par courrier les membres de la commission paritaire de suivi conformément à l'Accord, lorsqu'elle envisage de résilier le contrat d'un Adhérent.**

Le contrat de l'Adhérent non résilié 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.

## ► Révision des cotisations et/ou des garanties du contrat collectif obligatoire

Les modifications apportées au contrat collectif obligatoire font l'objet d'un avenant ou d'une lettre avenant adressé à l'Adhérent par l'Institution.

### Modifications du régime conventionnel

Lorsque les partenaires sociaux apportent des modifications au régime conventionnel, le présent contrat est modifié en conséquence. Ces modifications sont formalisées par voie d'avenant ou de lettre-avenant.

### Modifications du cadre législatif et/ou réglementaire

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisations ont été définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d'effet.

Les cotisations et/ou les garanties peuvent être modifiées par l'Institution après accord des partenaires sociaux en fonction de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale, suite par exemple à des mesures de désengagement ou des modifications des bases de remboursement et à la fiscalité.

## ► Effet de la résiliation ou du non-renouvellement

### Cas et conditions de résiliation

Outre le cas de la dénonciation annuelle décrit dans la présente Notice, l'adhésion au contrat collectif obligatoire peut être résiliée dans le respect des conditions définies ci-après.

➤ **L'Institution informera par courrier les membres de la commission paritaire de suivi conformément à l'Accord, lorsqu'elle envisage de résilier le contrat d'un adhérent.**

### Redressement, liquidation judiciaire ou procédure de sauvegarde de l'entreprise

Conformément à l'article L. 932-10 du Code de la sécurité sociale, le contrat subsiste en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde de l'entreprise. Toutefois, le contrat peut être résilié dans les cas et conditions posés à l'article L. 622-13 du Code de commerce.

La résiliation est alors opposable à l'ensemble des Participants, y compris à ceux bénéficiant de la portabilité.

### Effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat collectif obligatoire

#### Vis-à-vis de l'Adhérent

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat collectif obligatoire, l'entreprise n'a aucun droit à faire valoir sur le patrimoine de l'Institution et sur ses différents fonds de réserve.

Le débiteur des cotisations reste tenu de payer l'intégralité des cotisations dues et des différents frais y afférents.

#### Vis-à-vis du Participant

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat collectif obligatoire de l'Adhérent met fin au bénéfice des 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 Sécurité sociale soit antérieure à la date de fin de couverture et sous réserve d'avoir fourni l'ensemble des documents nécessaires listés par le présent contrat

## ► 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 collectif obligatoire 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'organisme assureur 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, du Participant ou de l'ayant droit 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, le Participant ou l'ayant droit concerné 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 de la protection sociale du CTIP**

10 rue Cambacérès – 75008 Paris

Tél : 01 42 66 68 49

[www.ctip.asso.fr](http://www.ctip.asso.fr)

[mediateur@ctip.asso.fr](mailto:mediateur@ctip.asso.fr)

L'avis du médiateur de la protection sociale est remis aux parties dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet. Ce délai peut être prolongé par ledit médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de médiation du CTIP disponible sur le site internet susvisé.

## ► Contrôle de l'Institution

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel 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, 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](mailto: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](http://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.

# 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

## ► Régimes collectif et obligatoire frais de santé « socle »

L'Institution verse les prestations au titre du contrat déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale ou de la MSA.

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

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.

<b>Les garanties s'entendent SOUS DEDUCTION des prestations de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole (sauf garanties exprimées en forfait).</b>	
<b>Ces garanties s'entendent dans la double limite, d'une part des frais réels - MR, et d'autre part dans la limite de :</b>	
<b>HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE, y compris (secteurs conventionné et non conventionné (1) )</b>	
<b>Hospitalisation chirurgicale et médicale</b>	
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
<b>Hospitalisation à domicile</b>	
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

<b>SOINS DE VILLE (secteurs conventionné et non conventionné (1) )</b>	
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
<b>PHARMACIE</b>	
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*
<b>FRAIS DE TRANSPORT</b>	
Frais de transport remboursé par la SS ou la MSA	100% de la BR
<b>APPAREILLAGE</b>	
Orthopédie, prothèses auditives (+ piles et entretien) et prothèses diverses remboursées par la SS ou la MSA	100% de la BR
<b>FRAIS DENTAIRES</b>	
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 : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Couronnes, bridges et inter de bridges</li> <li>- Couronnes sur implant</li> <li>- Prothèses dentaires amovibles</li> <li>- Prothèses dentaires transitoires</li> <li>- Réparations sur prothèses</li> <li>- Inlays-cores</li> </ul>	210% de la BR + 400 €/an/bénéficiaire

Orthodontie remboursée par la SS ou la MSA	160% de la BR
<b>OPTIQUE</b>	
<b>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)</b>	
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
<b>MATERNITE</b>	
Allocation naissance	1/3 PMSS/bénéficiaire
<b>PREVENTION</b>	
Actes de prévention hors fonds de solidarité	Pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat (3)
<b>MEDECINE ALTERNATIVE</b>	
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 +	
<b>VERRES UNIFOCaux</b>	
<b>Verre simple foyer sphérique</b>	
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
<b>Verre simple foyer, sphéro-cylindrique</b>	
Cylindre $\leq$ +4,00 et sphère de -6,00 à +6,00 (Codes LPP : 2259966, 2226412)	107 Euros par verre
Cylindre $\leq$ +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

<b>VERRES MULTIFOCAUX</b>	
<b>Verre multifocal sphérique</b>	
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
<b>Verres multifocal ou progressif, sphéro-cylindrique</b>	
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
<b>Enfant - 18 ans</b>	
<b>VERRES UNIFOCAUX</b>	
<b>Verre simple foyer sphérique</b>	
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
<b>Verre simple foyer, sphéro-cylindrique</b>	
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
<b>VERRES MULTIFOCAUX</b>	
<b>Verre multifocal sphérique</b>	
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
<b>Verres multifocal ou progressif, sphéro-cylindrique</b>	
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 article

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° Cristal .....APPEL 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).