

NOTICE D'INFORMATION FRAIS DE SANTE

(Référéncée NI-CCN Commissaires – Priseurs -santé-2016- surcomplémentaire collectif)

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES COMMISSAIRES – PRISEURS JUDICIAIRES ET OPERATEURS DE VENTES VOLONTAIRES

VOTRE CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF

(CASES A COCHER PAR L'ENTREPRISE SELON LA CATEGORIE RETENUE)

CATEGORIE ASSUREE	<input type="checkbox"/> Ensemble du personnel	
	<input type="checkbox"/> Personnel Cadre (salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)	
	<input type="checkbox"/> Personnel Cadre et article 36 (salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)	
	<input type="checkbox"/> Personnel Non Cadre y compris article 36 (salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)	
	<input type="checkbox"/> Personnel Non Cadre (salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)	
TYPE D'ADHESION	<input type="checkbox"/> Adhésion collective obligatoire du salarié	<input type="checkbox"/> Adhésion collective facultative du salarié
GARANTIES	<input type="checkbox"/> Option 1 Ou <input type="checkbox"/> Option 2	

SOMMAIRE

VOTRE CONTRAT FRAIS DE SANTE	3
Vos garanties Frais de Santé.....	4
PREMIERE PARTIE DISPOSITIONS GENERALES	7
DEFINITIONS.....	7
FONDS DE SOLIDARITE.....	8
CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE.....	8
<i>Affiliation des membres du personnel / Adhésion individuelle des personnes au contrat surcomplémentaire collectif</i>	9
<i>Bénéficiaires</i>	9
<i>Durée et renouvellement de l'adhésion individuelle du participant (dans le cadre d'une adhésion collective facultative) :</i>	11
Cessation de l'affiliation des participants (dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire) :	12
<i>Fausse déclaration</i>	12
<i>Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail</i>	12
<i>Choix des garanties et entrée en vigueur</i>	13
MAINTIEN DES GARANTIES.....	14
<i>Dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire : Maintien de garanties Santé au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989</i>	15
<i>Maintien des garanties Santé dans le cadre d'une adhésion collective facultative</i>	15
COTISATIONS.....	15
<i>Défaut de paiement des cotisations</i>	16
<i>Effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat vis-à-vis du participant ou de ses ayants droit</i>	16
RECOURS - PRESCRIPTION.....	16
<i>Recours subrogatoire</i>	17
<i>Prescription</i>	17
CONTROLE DE L'INSTITUTION.....	17
DEUXIEME PARTIE DEFINITION DES GARANTIES	18
<i>Objet et conditions des garanties</i>	18
<i>Soins engagés hors de France</i>	20
RISQUES EXCLUS.....	21
TROISIEME PARTIE VERSEMENT DES PRESTATIONS	22
MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	22
<i>Paiement des cotisations</i>	22
<i>Services de Tiers Payant</i>	22
<i>La prise en charge hospitalière</i>	22
<i>Demandes de Remboursement</i>	22
RECLAMATIONS – MEDIATION.....	23
JUSTIFICATIFS ET CONTROLE.....	24

VOTRE CONTRAT FRAIS DE SANTE

Votre entreprise relevant de la Convention Collective des commissaires-priseurs judiciaires et opérateurs de ventes volontaires a adhéré au contrat surcomplémentaire collectif frais de santé assuré par HUMANIS PREVOYANCE, afin de garantir la catégorie assurée définie en 1^{ère} page de la présente notice.

Vous trouverez dans cette notice les garanties du contrat ainsi que les éléments vous permettant de mieux comprendre leurs modalités d'application.

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

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE

Seule la formule que vous avez effectivement souscrite sur votre Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle

Les remboursements s'entendent dans la limite des frais réellement engagés et y compris les garanties versées au titre du contrat socle collectif obligatoire.

Les prestations exprimées en pourcentage de la BR s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité Sociale. Les forfaits exprimés en euros sont complémentaires aux éventuelles prestations versées au titre du régime de base de la Sécurité sociale.

Descriptif des garanties	Prestations	
	OPTION 1	OPTION 2
. HOSPITALISATION y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné⁽¹⁾)		
Hospitalisation médicale et chirurgicale :	<i>Etablissements conventionnés et non conventionnés :</i>	<i>Etablissements conventionnés et non conventionnés :</i>
. Frais de séjour	200 % de la BR	250 % de la BR
. Honoraires (Signataires OPTAM/OPTAM CO) en secteur conventionné	200 % de la BR	250 % de la BR
. Honoraires (Non Signataires OPTAM/OPTAM CO) en secteur conventionné	180 % de la BR	200 % de la BR
. Honoraires en secteur non conventionné	180 % de la BR	200 % de la BR
. Chambre Particulière (y compris en maternité)	60 euros par jour	80 euros par jour
. Forfait Hospitalier	Frais Réels	Frais Réels
. Lit d'Accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans	45 euros par jour	60 euros par jour
. Participation forfaitaire pour les actes coûteux	Frais Réels	Frais Réels
. PRATIQUE MEDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné⁽¹⁾)		
. Consultation, visite d'un généraliste – Signataires OPTAM/OPTAM CO	120% de la BR	150% de la BR
. Consultation, visite d'un généraliste – Non signataires OPTAM/OPTAM CO	100 % de la BR	130 % de la BR
. Consultation, visite d'un spécialiste – Signataires OPTAM/OPTAM CO	200 % de la BR	250 % de la BR
. Consultation, visite d'un spécialiste – Non signataires OPTAM/OPTAM CO	180 % de la BR	200 % de la BR
. Analyses biologiques	120 % de la BR	150 % de la BR
. Auxiliaires médicaux	100 % de la BR	100 % de la BR
. Petite chirurgie et actes de spécialité – Signataires OPTAM/OPTAM CO	120 % de la BR	150 % de la BR
. Petite chirurgie et actes de spécialité – Non signataires OPTAM/OPTAM CO	100 % de la BR	130 % de la BR
. Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie- Signataires OPTAM/OPTAM CO	120 % de la BR	150 % de la BR
. Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie- Non Signataires OPTAM/OPTAM CO	100 % de la BR	130 % de la BR
. Participation forfaitaire pour les actes coûteux	Frais réels	Frais réels
. PHARMACIE		
. Frais pharmaceutiques remboursés par la SS	100 % de la BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité	100 % de la BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité
. Frais pharmaceutiques prescrits non remboursés par la SS	20 euros par an et par bénéficiaire	40 euros par an et par bénéficiaire

. TRANSPORT		
. Frais de Transport pris en charge par la SS	100 % de la BR	100 % de la BR
. DENTAIRE		
. Soins dentaires remboursés par la Sécurité Sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	120 % de la BR	150 % de la BR
. Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale	120 % de la BR	150 % de la BR
. Prothèses dentaires remboursées par la SS : - Couronnes, bridges et inter de bridges. - Couronnes sur implant, - Prothèses dentaires amovibles, - Réparations sur prothèses, - Inlays-cores.	200 % de la BR	300 % de la BR
. Prothèses dentaires non remboursées par la SS : - Couronnes, bridges (à l'exception des inter de bridges) - Prothèses dentaires provisoires, - Réparations (à l'exception des réparations à caractère esthétique)	215 euros par acte dans la limite de 3 actes par an et par bénéficiaire	322,50 euros par acte dans la limite de 3 actes par an et par bénéficiaire
. Orthodontie remboursée par la SS	200 % de la BR	250 % de la BR
. Orthodontie non remboursée par la SS	/	200 % de la BR reconstituée
. Implants dentaires	150 euros par an et par bénéficiaire	300 euros par an et par bénéficiaire
. OPTIQUE		
EQUIPEMENT OPTIQUE (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans) avec un maximum de 150 € pour la monture		
. Monture enfants (de moins de 18 ans)	100 euros	100 euros
. Monture adultes (de 18 ans et plus)	100 euros	100 euros
. Verre simple (2)	50 euros par verre	100 euros par verre
. Verre complexe ou très complexe (2)	75 euros par verre	145 euros par verre
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	100 % de la BR + 150 euros par an et par bénéficiaire	100 % de la BR + 200 euros par an et par bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la SS	150 euros par an et par bénéficiaire	200 euros par an et par bénéficiaire
. APPAREILLAGE		
. Orthopédie et autres prothèses	150 % de la BR	200 % de la BR
. Prothèses auditives	200 % de la BR	250 % de la BR
. ALLOCATIONS FORFAITAIRES		
. Cures thermales remboursées par la SS (Traitement et Honoraires)	100 % de la BR	100 % de la BR
. Cures thermales remboursées par la SS (Transport et Hébergement)	150 euros par an et par bénéficiaire	200 euros par an et par bénéficiaire
. Maternité	Allocation forfaitaire égale à 100 euros par enfant	Allocation forfaitaire égale à 150 euros par enfant
. MEDECINE ALTERNATIVE		
. Ostéopathie	20 euros par séance dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire	30 euros par séance dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire
. Contraception	15 euros par an et par bénéficiaire	30 euros par an et par bénéficiaire

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité

(2) **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 mentionnés à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM/OPTAM CO.

- (3) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est \leq à +4,00 dioptries.
Verre complexe : verre simple foyer dont la zone est hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est $>$ à +4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif.
Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.
- BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale / PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier de l'année/ SS = Sécurité sociale**

PREMIERE PARTIE

DISPOSITIONS GENERALES

Pour la présente notice, l'entreprise est dénommé l'« ADHERENT », le salarié le « PARTICIPANT » et HUMANIS PREVOYANCE l'« INSTITUTION ».

DEFINITIONS

Actes Hors Nomenclature : Actes non reconnus par la Sécurité Sociale et non inscrits aux Nomenclatures.

Adhérent : Personne morale souscriptrice du contrat.

Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BR) : Assiette servant de base de calcul aux prestations en nature de la Sécurité Sociale.

Bénéficiaire : PARTICIPANT et, le cas échéant, ses ayants droit dans les conditions définies au contrat.

Catégorie : Ensemble de personnes physiques travaillant pour le compte de l'ADHERENT et défini par celui-ci, conformément aux articles R. 242-1-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale, au moyen de critères généraux et impersonnels, dans l'acte prévu à l'article L. 911-1 du même Code instituant les garanties collectives.

Concubin : Personne vivant en concubinage avec le PARTICIPANT. Conformément à l'article 515-8 du Code Civil, le concubinage est une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

Conjoint : Conjoint du PARTICIPANT non divorcé ou non séparé de corps judiciairement.

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 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.

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.

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 : 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 : Suite à la nouvelle convention médicale du 25 août 2016, publiée au Journal Officiel du 23 octobre 2016 et afin de maintenir le caractère responsable du contrat, les mentions contractuelles « 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 ».

Le dispositif de Contrat d'Accès aux Soins, pouvant être conclu jusqu'au 31 décembre 2016 pour une durée de trois ans, s'achèvera au plus tard au 31 décembre 2019. Durant cette période, il y aura coexistence des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée CAS – OPTAM/ OPTAM-CO, sans autre impact sur les garanties et cotisations.

Partenaire lié par un PACS : Personne liée au PARTICIPANT par un Pacte Civil de Solidarité.

Participant : Personne physique appartenant à la Catégorie définie dans la présente notice d'information et affiliée au contrat.

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. L.160-13 I du Code de la Sécurité Sociale.

FONDS DE SOLIDARITE

Outre la mise en place d'une couverture collective et obligatoire « frais de santé », votre Convention collective institue un fonds de solidarité dédié aux entreprises adhérant à l'Institution. Il est destiné à mettre en œuvre des actions de solidarité et de prévention.

Le financement des prestations servies par le fonds social est fixé à 2 % du montant des cotisations perçues au titre du régime obligatoire.

CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

Le 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 aux articles L. 871-1, R.871-1 et R.871-2 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.**
- **Conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité Sociale, la franchise appliquée à 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 contrat est modifié de plein droit par l'évolution légale ou réglementaire des conditions posées au « Contrat Responsable » ou au « Contrat Solidaire ».

Affiliation des membres du personnel / Adhésion individuelle des personnes au contrat surcomplémentaire collectif

Dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire : Affiliation des membres du personnel

Le contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de chaque personne appartenant à la ou les Catégories assurées.

Toutefois, conformément à l'acte juridique prévu à l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité Sociale instituant ou modifiant les garanties collectives, certains salariés ont la faculté de ne pas adhérer aux garanties du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de l'Adhérent. A défaut de renonciation écrite exprimée par le salarié, celui-ci doit être obligatoirement affilié.

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

- doivent être affiliés au contrat surcomplémentaire collectif à adhésion 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 surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire ; l'adhésion prendra effet le 1er jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable.

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

Lors de l'adhésion de l'employeur ou de son entrée en fonction, chaque membre du personnel de l'Adhérent 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.

Dans le cadre d'une adhésion collective facultative : Adhésion individuelle des personnes

Le contrat permet à chaque personne appartenant à la ou les catégories assurées, qui le souhaite, de bénéficier des garanties prévues au contrat surcomplémentaire 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.

Bénéficiaires

COUVERTURE DES AYANTS DROIT

Les bénéficiaires au titre de ce contrat doivent être identiques, en tout état de cause, à ceux affiliés au contrat socle collectif obligatoire.

DEFINITION DES AYANTS DROIT

Sont ayants droit du participant :

1) les ayants-droit à charge du participant soit :

- 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, bénéficiaire des prestations du régime de la Sécurité sociale sous le numéro du salarié en tant qu'ayant-droit,
- les enfants à charge du participant, et s'ils vivent au foyer, ceux à charge de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacte civil de Solidarité (PACS) ou ceux de son concubin :
 - à charge au sens de l'article L.313-3 2° du Code de la Sécurité sociale,
 - jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 27^{ème} anniversaire, s'ils sont étudiants, apprentis, à la recherche d'un emploi, en contrat de professionnalisation ou d'insertion,
 - sans limite d'âge pour les handicapés ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % et ne percevant pas l'allocation d'adulte handicapé.

2) 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.

CONDITIONS D'AFFILIATION ET DE MODIFICATION DES BENEFICIAIRES

Le conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale peut être couvert par une extension facultative souscrite individuellement par chaque participant. En tout état de cause les garanties de l'extension facultative sont identiques aux garanties souscrites par le participant au titre de son contrat socle collectif obligatoire et de son contrat surcomplémentaire collectif.

La déclaration des bénéficiaires a lieu à l'occasion de l'affiliation du participant au contrat socle collectif obligatoire sur son Bulletin d'Affiliation et d'Adhésion Individuelle. Toutefois, postérieurement à celle-ci, le participant peut affilier ou modifier les bénéficiaires en cas de modification de la situation familiale du participant (notamment naissance, décès, séparation,..) à la date de l'évènement. Cette modification s'applique tant pour le contrat socle collectif obligatoire que pour le contrat surcomplémentaire collectif.

Le participant est tenu d'apporter les pièces justifiant sa situation et celle de ses ayants droit à l'Institution et de s'acquitter des cotisations afférentes.

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 enfants à charge selon leur situation :
 - le certificat de scolarité,
 - la copie de la carte d'invalidité ou mobilité inclusion prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action sociale et des familles.

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 ayants

droit ne permettant plus à ce dernier d'avoir la qualité de bénéficiaire.

CESSATION DE L'ADHESION DES AYANTS DROIT

L'adhésion des ayants droit au contrat surcomplémentaire collectif prend fin

- en cas de cessation de l'affiliation du participant au contrat socle collectif obligatoire,
- en cas de cessation de l'affiliation ou l'adhésion individuelle du participant au contrat surcomplémentaire collectif.

Elle cesse également :

- à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions posées par la définition des ayants droit de la présente notice d'information,
- 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 ,
- pour l'extension facultative du conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale, au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le participant demande la résiliation de l'ayant droit. 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. Cette résiliation peut également être formalisée envoi recommandé électronique, dans les mêmes conditions de préavis et de prise d'effet définies au contrat. La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique fait alors foi de la date d'envoi.

Durée et renouvellement de l'adhésion individuelle du participant (dans le cadre d'une adhésion collective facultative) :

Durée et renouvellement de l'adhésion individuelle du participant

L'adhésion individuelle du participant au contrat surcomplémentaire collectif facultatif à adhésion facultative 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 l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale », l'adhésion individuelle du participant au contrat surcomplémentaire 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 surcomplémentaire 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.
Cette demande peut également être formalisée par envoi recommandé électronique, dans les mêmes conditions de préavis et de prise d'effet définies au contrat. La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique fait alors foi de la date d'envoi.
 - 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 surcomplémentaire 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 surcomplémentaire collectif 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.

Cessation de l'affiliation des participants (dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire) :

Sous réserve de l'application de l'article « « Maintien des garanties santé au titre de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale»», l'affiliation du participant cesse de plein droit :

- Soit à la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat d'adhésion de l'entreprise au contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire,
- soit à la date de sortie des effectifs,
- soit 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,
- soit à la date d'évolution dans une autre catégorie assurée,
- et, en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat surcomplémentaire collectif.

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire.

Le participant qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de son départ, 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.

Fausse déclaration

Conformément à l'article L. 932-7 du Code de la Sécurité Sociale, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'ADHERENT ou d'un PARTICIPANT susceptible de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion pour l'INSTITUTION, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'ADHERENT ou par un PARTICIPANT a été sans influence sur la réalisation du risque, le contrat est annulé de plein droit.

Les cotisations demeurent acquises à l'INSTITUTION et les prestations versées feront l'objet d'un remboursement par le PARTICIPANT.

Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

Le bénéfice du contrat surcomplémentaire collectif 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 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.

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée inférieure à un mois, l'affiliation au contrat surcomplémentaire collectif et par conséquent les garanties correspondantes sont maintenues au participant, moyennant le paiement des cotisations.

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

La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'Institution de la déclaration faite par l'Adhérent.

Toutefois, ces derniers ont la possibilité de demander le maintien des garanties du contrat surcomplémentaire collectif, pendant la suspension de son contrat de travail.

Ce maintien donne lieu à paiement à la charge exclusive du participant de cotisations spécifiques.

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 au taux annuel de 2,6% et courant, à compter de l'échéance.

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

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

Choix des garanties et entrée en vigueur

Dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire :

L'adhésion étant obligatoire, le participant ne peut pas changer d'option.

Dans le cadre d'une adhésion collective facultative :

Choix à l'adhésion

Le régime de garanties du contrat surcomplémentaire collectif facultatif souscrit par l'Adhérent prévoit deux options soit Option 1 soit Option 2 qui offrent des niveaux de prestations différents en contrepartie de cotisations différentes. Le participant effectue son choix, identique pour lui et ses éventuels ayants-droit, au moment de son adhésion sur le Bulletin d'Affiliation et d'Adhésion Individuelle.

Changement d'Option

Le participant peut changer d'option pour lui et ses ayants droit :

- Après un délai de deux ans, chaque 1^{er} janvier, sous réserve que le participant en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 31 octobre de l'année précédente, **le participant ne peut demander à changer à nouveau d'option pendant un délai de 2 ans,**
- A l'occasion d'une modification de la situation familiale, sous réserve que le participant en fasse la demande auprès de l'Institution dans le mois qui suit l'évènement. Le changement d'option prend effet à la date de l'évènement.

Entrée en vigueur des garanties du contrat surcomplémentaire à adhésion facultative

Les garanties de l'option retenue prennent effet à la date d'effet de l'adhésion individuelle du participant.

Entrée en vigueur des garanties des ayants droit

Les garanties du contrat surcomplémentaire collectif facultatif prennent effet :

- à la même date d'affiliation que le participant au contrat surcomplémentaire collectif facultatif,
- à défaut, à la date de l'évènement dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation,
- et dans les autres cas, au 1er janvier, sous réserve que le participant en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

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 surcomplémentaire collectif 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 DUREE DU MAINTIEN DE L'AFFILIATION

L'affiliation du participant au contrat surcomplémentaire collectif 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 au contrat surcomplémentaire collectif du participant cesse de plein droit :

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

OBLIGATIONS DECLARATIVES

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 surcomplémentaire collectif 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 surcomplémentaire collectif 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.

Dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire : Maintien de garanties Santé au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989

Dans le cadre du contrat surcomplémentaire 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 peut être maintenue par la souscription d'un contrat individuel proposé sans condition de période probatoire ni d'examens 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, bénéficiaires d'un revenu de remplacement,
- Les personnes garanties du chef du participant décédé.

Sous réserve d'être informé par l'Adhérent de la cessation du contrat de travail pour l'un des motifs ci-dessus, ou du décès du participant, l'Institution leur 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.

Ce maintien de garanties est accordé aux ayants droit, tels que définis au contrat au moment de la cessation du contrat de travail ou à la cessation du maintien des garanties visé à l'article « Maintien des garanties santé au titre de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale « Portabilité des droits » ».

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.

Les prestations proposées seront identiques à celles prévues par le contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire.

En outre, des options particulièrement adaptées à la situation des bénéficiaires pourront être proposées par l'Institution.

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

Maintien des garanties Santé dans le cadre d'une adhésion collective facultative

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 surcomplémentaire collectif facultatif,
- résiliation ou non-renouvellement de l'adhésion de l'entreprise au contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

COTISATIONS

Paiement des cotisations

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

L'appel des cotisations est effectué selon les dispositions mentionnées au contrat. Il peut être effectué :

- **soit auprès de l'Adhérent :**

La répartition des cotisations entre l'Adhérent et les Participants est fixée par l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise. Toutefois, l'Adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'Institution. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'Institution, aux différentes échéances prévues.

- **soit auprès du Participant :**

Les cotisations sont 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 au taux de 2,6 %, 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 ci-dessous.

Défaut de paiement des cotisations

- Lorsque l'appel des cotisations est effectué auprès de l'Adhérent (assurant le précompte de la cotisation sur le salaire du participant), il est fait application des dispositions suivantes :

A 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. 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 mentionnées ci-avant.

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

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

A défaut de paiement de la cotisation due 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 mentionnées ci-avant.

L'adhésion individuelle non résiliée 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 du contrat vis-à-vis du participant ou de ses ayants droit

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat 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 Sécurité Sociale soit antérieure à la date de fin de couverture et sous réserve des dispositions de l'article « Demandes de Remboursement » de la présente notice d'information.

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 fausse 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'ADHERENT 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'ADHERENT ou les Bénéficiaires concernés ou a été indemnisé par celui-ci.

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 :

- **en vue d'obtenir le paiement de cotisations, de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par l'Institution à l'Adhérent, lorsque celui-ci assure le précompte de la cotisation au titre du contrat collectif ou au Participant, lorsque l'Adhérent n'assure pas ce précompte.**
- **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 d'une prestation.**

Le recommandé électronique avec accusé de réception peut également être envoyé au même titre que la lettre recommandée avec accusé de réception en vue d'interrompre la prescription.

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.

CONTROLE 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

DEUXIEME PARTIE

DEFINITION DES GARANTIES

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 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.

Si le conjoint, le partenaire lié par un PACS ou le concubin est affilié à un régime de base de Sécurité sociale différent du Régime général (régimes spéciaux ou régime agricole), les remboursements Sécurité sociale seront rétablis sur la base des taux du Régime général de la Sécurité sociale s'ils sont supérieurs.

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 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 aux tableaux des garanties et en fonction de l'option effectivement souscrite par le participant, 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 1er 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.**

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.

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 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**)
- Forfait hospitalier.
- Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de **moins de 12 ans** bénéficiaire du contrat (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**). Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».
- Participation forfaitaire pour les actes coûteux.

PRATIQUE MEDICALE COURANTE 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, 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 les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, 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).**
- **Participation forfaitaire pour les actes coûteux**

PHARMACIE :

- **Frais pharmaceutiques remboursés en tout ou partie par la Sécurité sociale.**
- **Frais pharmaceutiques prescrits non remboursés par la Sécurité sociale.**

TRANSPORT :

- **Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale.**

DENTAIRE :

- **Soins dentaires remboursés par la Sécurité Sociale :** soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie,
- **Prothèses dentaires remboursées par la SS :**
 - Couronnes, bridges et inter de bridges.
 - Couronnes sur implant,
 - Prothèses dentaires amovibles,
 - Réparations sur prothèses,
 - Inlays-cores.
- **Prothèses dentaires non remboursées par la SS :**
 - Couronnes, bridges (à l'exception des inter de bridges)

- Prothèses dentaires provisoires,
- Réparations (à l'exception des réparations à caractère esthétique).
- **Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale.**
- **Implants dentaires**

OPTIQUE :

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

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.

Par assimilation, pour l'adoption d'un enfant de moins de 12 ans par le participant, la même allocation est versée.

Elle est doublée en cas de naissance multiple.

Seule la naissance d'un enfant du participant (qu'il soit le père ou la mère) ouvre droit à prestation. De même en cas d'adoption, l'enfant doit être adopté par le participant lui-même.

- **Cure thermale acceptée par la Sécurité Sociale :** Les frais de cure thermale (forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement), acceptés par la Sécurité Sociale.

MEDECINE ALTERNATIVE :

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 en annexe des présentes Conditions Générales.

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.

SEJOURS TEMPORAIRES A L'ETRANGER, SALARIES DETACHES, RESIDENTS A L'ETRANGER

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

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 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.

TROISIEME PARTIE

VERSEMENT DES PRESTATIONS

MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Paiement des cotisations

Pour que les participants puissent bénéficier des prestations, l'ADHERENT 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 au contrat.

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.

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 au tableau des garanties.

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'ADHERENT 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).**

Les justificatifs à fournir par le PARTICIPANT pour ses demandes de remboursement sont détaillés ci-après.

RECLAMATIONS – MEDIATION

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 du présent régime, à l'adresse suivante :

HUMANIS Prévoyance
Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45 777 SARAN Cedex
Tél : 0 969 39 08 33 (appel non surtaxé).

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 de la protection sociale (du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP)), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

Médiateur de la protection sociale (CTIP)
10 rue Cambacérès – 75008 PARIS
<https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

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 le médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de médiation du CTIP disponible sur le site internet susvisé.

JUSTIFICATIFS ET CONTROLE

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 ou de son ayant droit affilié 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 son ayant droit affilié. 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.

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...)
Soins courants (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante,..)	Aucun document
Optique - Traitements chirurgicaux des troubles visuels	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 Sécurité Sociale Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré

	Bénéficiaire NOEMIE
Prothèses dentaires – Orthodontie - Prises en charge par la Sécurité sociale	Imprimé type de l'INSTITUTION et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Nomenclature de la Sécurité sociale. *
Implants	Facture détaillée et acquittée
Médecine alternative	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
Adoption	Photocopie du certificat définitif d'adoption
Cure thermale	Facture acquittée du séjour
Prévention	Facture acquittée et prescription médicale
	Non Bénéficiaire Noémie
Pour les soins pris en charge par la Sécurité sociale	Décompte original de la Sécurité sociale 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.

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, etc...).

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

En cas de tiers payant avec la Sécurité sociale mais sans tiers payant avec l'Institution : Facture acquittée du Ticket Modérateur.