

NOTICE D'INFORMATION FRAIS DE SANTE

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ENTREPRISES D'INSTALLATION SANS FABRICATION Y COMPRIS ENTRETIEN, REPARATION, DEPANNAGE DE MATERIEL AERAUQUE, THERMIQUE, FRIGORIFIQUE ET CONNEXES

VOTRE RÉGIME DE FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE

« SANTE FROID »

« NI-SANTE FROID –FS 11.15 – obligatoire »

(CASES A COCHER PAR L'ENTREPRISE
SELON LE CONTRAT SOUSCRIT)

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)
GARANTIES	<input type="checkbox"/> PREMIUM ou <input type="checkbox"/> PREMIUM PLUS
AFFILIATION DES AYANTS DROIT	<input type="checkbox"/> OBLIGATOIRE <input type="checkbox"/> FACULTATIVE

SOMMAIRE

VOTRE CONTRAT FRAIS DE SANTE	3
Vos garanties Frais de Santé	4
PREMIERE PARTIE DISPOSITIONS GENERALES	10
DEFINITIONS.....	10
CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE	11
AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL ET DE LEURS AYANTS DROIT.....	12
<i>Conditions d'affiliation des membres du personnel</i>	12
<i>Date d'effet de l'affiliation des membres du personnel</i>	12
<i>Bénéficiaires</i>	12
<i>Cessation de l'affiliation</i>	15
<i>Fausse déclaration</i>	15
<i>Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail</i>	16
MAINTIEN DES GARANTIES.....	17
<i>Maintien de garanties Santé au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989</i>	18
COTISATIONS	18
EFFET DE LA RESILIATION OU DU NON-RENOUVELLEMENT DU CONTRAT VIS-A-VIS DU PARTICIPANT OU DE SES AYANTS DROIT	19
RECOURS - PRESCRIPTION.....	19
<i>Recours subrogatoire</i>	19
<i>Prescription</i>	19
CONTROLE DE L'INSTITUTION	20
DEUXIEME PARTIE DEFINITION DES GARANTIES	21
GARANTIES FRAIS DE SANTE	21
<i>Objet et conditions des garanties</i>	21
<i>Soins engagés hors de France</i>	24
RISQUES EXCLUS.....	24
TROISIEME PARTIE VERSEMENT DES PRESTATIONS	25
MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	25
<i>Paiement des cotisations</i>	25
<i>Services de Tiers Payant</i>	25
<i>La prise en charge hospitalière</i>	25
<i>Demandes de Remboursement</i>	25
JUSTIFICATIFS ET CONTROLES	26
RECLAMATIONS – MEDIATION	27

VOTRE CONTRAT FRAIS DE SANTE

Votre entreprise relevant de la Convention Collective des Entreprises d'installation sans fabrication y compris entretien, réparation, dépannage de matérielle aéraulique, thermique, frigorifique et connexes a adhéré au contrat collectif frais de santé à adhésion obligatoire, afin de permettre au personnel assuré tel que mentionné en 1^{ère} page de la notice d'information de bénéficier de garanties Frais de santé complémentaires à celles versées par le contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel référencé sous le n°CCN015100, assuré par HUMANIS PREVOYANCE.

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 effectivement souscrite par votre entreprise telle que mentionnée en 1^{ère} page de la notice vous est applicable

PREMIUM

Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité sociale et en complément du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel des entreprises d'installation sans fabrication y compris entretien, réparation, dépannage de matériel aéraulique, thermique, frigorifique et connexes dénommé ci-après « le régime frais de santé conventionnel ».

L'INSTITUTION verse les prestations au titre du contrat déduction faite des remboursements de la Sécurité sociale et en complément des remboursements effectués au titre du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel.

Les garanties exprimées en forfait en euros sont complémentaires aux éventuelles prestations versées au titre du régime de base de la Sécurité sociale, du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel.

Descriptif des garanties	Prestations
. HOSPITALISATION (secteur conventionné et non conventionné⁽¹⁾)	
Hospitalisation médicale et chirurgicale :	
. Frais de séjour (frais de structure et de soins)	<i>Etablissements conventionnés : 100 % des Frais Réels</i> <i>Etablissements non conventionnés : 90 % des Frais Réels</i>
. Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, facturés par un médecin adhérent au contrat d'accès aux soins	300 % de la BR
. Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, facturés par un médecin non adhérent au contrat d'accès aux soins	100 % de la BR
. Chambre Particulière (y compris en maternité)	110,95 euros par jour
. Forfait Hospitalier	100 % des Frais Réels
. Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans	63,40 euros par jour
. Forfait acte lourd	Pris en charge
. PRATIQUE MEDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné⁽¹⁾)	
. Consultation, visite d'un généraliste adhérent au CAS	300 % de la BR
. Consultation, visite d'un généraliste non adhérent au CAS	100 % de la BR
. Consultation, visite d'un spécialiste adhérent au CAS à l'exception des Psychiatres, Neuropsychiatres, Neurologues	300 % de la BR
. Consultation, visite d'un spécialiste non adhérent au CAS à l'exception des Psychiatres, Neuropsychiatres, Neurologues	100 % de la BR
. Consultation, visite d'un Psychiatre, Neuropsychiatre, Neurologue adhérent au CAS	300 % de la BR
. Consultation, visite d'un Psychiatre, Neuropsychiatre, Neurologue non adhérent au CAS	100 % de la BR
. Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	300 % de la BR
. Actes techniques médicaux réalisés par un professionnel adhérent au CAS	300 % de la BR
. Actes techniques médicaux réalisés par un professionnel non adhérent au CAS	100 % de la BR
. Frais d'analyse et de laboratoire	150 % de la BR

Descriptif des garanties	Prestations
. PRATIQUE MEDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné⁽¹⁾) SUITE	
. Radiologie, Imagerie médicale, échographie et Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale réalisés par un médecin adhérent au contrat d'accès aux soins	150 % de la BR
. Radiologie, Imagerie médicale, échographie et Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale réalisés par un médecin non adhérent au contrat d'accès aux soins	100 % de la BR
. MEDECINE ALTERNATIVE	
. Ostéopathie, Acupuncture, Chiropractie et Ostéodensitométrie	125 euros par an et par bénéficiaire
. Bilan nutritionnel	75 euros par an et par bénéficiaire
. PHARMACIE	
. Vaccins non remboursés par la SS (grippe, hépatite, fièvre jaune)	75 euros par an et par bénéficiaire
. Forfait addiction (patch, bilan dépendance...)	75 euros par an et par bénéficiaire
. Contraception (pilule ou stérilet)	75 euros par an et par bénéficiaire
. TRANSPORT	
. Frais de Transport pris en charge par la SS	300 % de la BR
. DENTAIRE	
. Soins dentaires	300 % de la BR
. Prothèses dentaires prises en charge par la SS	
- Couronne	260 % de la BR
- Inlay-core / inlay-core à clavette	275 % de la BR
- Appareil dentaire 1 à 3 dents	275 % de la BR
- Appareil dentaire complet (14 dents)	275 % de la BR
- Bridge de 3 éléments	260 % de la BR
. Prothèses dentaires non prises en charge par la SS (couronne ou adjonction de couronne, bridge, réparation sur prothèse)	700 euros par an et par bénéficiaire
. Implant (implant et pilier implantaire)	Bonus fidélité : + 100 euros par an dès la deuxième année dans la limite de 9 années
. Orthodontie prise en charge par la SS	275 % de la BR
. Orthodontie non prise en charge par la SS	600 euros par an et par bénéficiaire
. Traitement Blanchiment des dents	100 euros par an et par bénéficiaire
. OPTIQUE	
EQUIPEMENT OPTIQUE (2 verres et une monture) Enfants de moins de 18 ans Le remboursement est limité à un équipement optique par an et par bénéficiaire. Le remboursement de la monture est limité à 150 euros. Cette limite s'entend y compris les remboursements effectués au titre du régime conventionnel.	270 euros

Descriptif des garanties	Prestations
. OPTIQUE SUITE	
EQUIPEMENT OPTIQUE (2 verres et une monture) Adultes et Enfants de 18 ans et plus Le remboursement est limité à un équipement optique par bénéficiaire tous les 2 ans. Le remboursement est limité à un équipement optique par an et par bénéficiaire en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.	Cf. Grille Optique
. Lentilles prises en charge ou non par la SS	200 euros par an et par bénéficiaire
. Kératotomie (traitement laser de la myopie)	10 % du PMSS par œil par an et par bénéficiaire
. APPAREILLAGE	
. Orthopédie et autres prothèses	300 % de la BR
. Prothèses auditives	300 % de la BR
. ALLOCATIONS FORFAITAIRES	
. Cures thermales prises en charge par la SS	15 % du PMSS par an et par bénéficiaire
. Maternité	10 % du PMSS

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

BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale / SS = Sécurité Sociale / PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
en vigueur au 1er janvier de l'année / CAS = contrat d'accès aux soins

GRILLE OPTIQUE

	PREMIUM	Adultes				
		Type de Verre	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. ⁽¹⁾
<i>Verres Simple Foyer, Sphérique</i>						
a		sphère de -6 à +6	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	105,00 €
c		sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	85,00 €
c		sphère < -10 ou >+10	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	85,00 €
<i>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</i>						
a		cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	105,00 €
c		cylindre < +4 sphère < -6 ou >+6	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	85,00 €
c		cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	85,00 €
c		cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	85,00 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</i>						
c		sphère de -4 à +4	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	155,00 €
f		sphère < -4 ou >+4	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	125,00 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</i>						
c		sphère de -8 à +8	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	205,00 €
f		sphère < -8 ou >+8	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	195,00 €
		Monture	2223342	2,84 €	1,70 €	80,00 €⁽²⁾

(1) Le remboursement assureur s'entend par verre ;

(2) dans la limite de 150 euros. Cette limite s'entend y compris les remboursements effectués au titre du régime frais de santé conventionnel.

PREMIUM PLUS

Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité sociale, en complément du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel des entreprises d'installation sans fabrication y compris entretien, réparation, dépannage de matériel aéraulique, thermique, frigorifique et connexes dénommé ci-après « le régime frais de santé conventionnel » .

L'INSTITUTION verse les prestations au titre du contrat déduction faite des remboursements de la Sécurité sociale, en complément des remboursements effectués au titre du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel.

Les garanties exprimées en forfait en euros sont complémentaires aux éventuelles prestations versées au titre du régime de base de la Sécurité Sociale, du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel.

Descriptif des garanties	Prestations
. HOSPITALISATION (secteur conventionné et non conventionné⁽¹⁾)	
Hospitalisation médicale et chirurgicale :	
. Frais de séjour (frais de structure et de soins)	<i>Etablissements conventionnés : 100 % des Frais Réels</i> <i>Etablissements non conventionnés : 90 % des Frais Réels</i>
. Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, facturés par un médecin adhérent au contrat d'accès aux soins	400 % de la BR
. Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, facturés par un médecin non adhérent au contrat d'accès aux soins	400 % de la BR
. Chambre Particulière (y compris en maternité)	100 % des Frais Réels
. Forfait Hospitalier	100 % des Frais Réels
. Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans	100 % des Frais Réels
. Forfait acte lourd	Pris en charge
. PRATIQUE MEDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné⁽¹⁾)	
. Consultation, visite d'un généraliste adhérent au CAS	400 % de la BR
. Consultation, visite d'un généraliste non adhérent au CAS	400 % de la BR
. Consultation, visite d'un spécialiste adhérent au CAS à l'exception des Psychiatres, Neuropsychiatres, Neurologues	400 % de la BR
. Consultation, visite d'un spécialiste non adhérent au CAS à l'exception des Psychiatres, Neuropsychiatres, Neurologues	100 % de la BR
. Consultation, visite d'un Psychiatre, Neuropsychiatre, Neurologue adhérent au CAS	400 % de la BR
. Consultation, visite d'un Psychiatre, Neuropsychiatre, Neurologue non adhérent au CAS	400 % de la BR
. Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	400 % de la BR
. Actes techniques médicaux réalisés par un professionnel adhérent au CAS	400 % de la BR
. Actes techniques médicaux réalisés par un professionnel non adhérent au CAS	400 % de la BR
. Radiologie, Imagerie médicale, échographie, frais d'analyse et de laboratoire et Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale réalisés par un médecin adhérent au contrat d'accès aux soins	400 % de la BR
. Radiologie, Imagerie médicale, échographie, frais d'analyse et de laboratoire et Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale réalisés par un médecin non adhérent au contrat d'accès aux soins	400 % de la BR

. MEDECINE ALTERNATIVE	
. Ostéopathie, Acupuncture, Chiropractie et Ostéodensitométrie	250 euros par an et par bénéficiaire
. Bilan nutritionnel	150 euros par an et par bénéficiaire
. PHARMACIE	
. Vaccins non remboursés par la SS (grippe, hépatite, fièvre jaune)	150 euros par an et par bénéficiaire
. Forfait addiction (patch, bilan dépendance...)	150 euros par an et par bénéficiaire
. Contraception (pilule ou stérilet)	100 euros par an et par bénéficiaire
. TRANSPORT	
. Frais de Transport pris en charge par la SS	100 % des Frais Réels
. DENTAIRE	
. Soins dentaires	500 % de la BR
. Prothèses dentaires prises en charge par la SS	
- Couronne	460 % de la BR
- Inlay-core / inlay-core à clavette	475 % de la BR
- Appareil dentaire 1 à 3 dents	475 % de la BR
- Appareil dentaire complet (14 dents)	475 % de la BR
- Bridge de 3 éléments	460 % de la BR
. Prothèses dentaires non prises en charge par la SS (couronne ou adjonction de couronne, bridge, réparation sur prothèse)	2200 euros par an et par bénéficiaire
. Implant (implant et pilier implantaire)	
. Orthodontie prise en charge par la SS	475 % de la BR
. Orthodontie non prise en charge par la SS	1000 euros par an et par bénéficiaire
. Traitement Blanchiment des dents	200 euros par an et par bénéficiaire
. OPTIQUE	
EQUIPEMENT OPTIQUE (2 verres et une monture) Enfants de moins de 18 ans Le remboursement est limité à un équipement optique par an et par bénéficiaire. Le remboursement de la monture est limité à 150 euros.	800 euros
EQUIPEMENT OPTIQUE (2 verres et une monture) Adultes et Enfants de 18 ans et plus Le remboursement est limité à un équipement optique par bénéficiaire tous les 2 ans. Le remboursement est limité à un équipement optique par an et par bénéficiaire en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.	Cf. Grille Optique
. Lentilles prises en charge ou non par la SS	200 euros par an et par bénéficiaire
. Kératotomie (traitement laser de la myopie)	20 % du PMSS par œil par an et par bénéficiaire
. APPAREILLAGE	
. Orthopédie et autres prothèses	500 % de la BR
. Prothèses auditives	500 % de la BR
. ALLOCATIONS FORFAITAIRES	
. Cures thermales prises en charge par la SS	25 % du PMSS par an et par bénéficiaire
. Maternité	15 % du PMSS

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

BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale / SS = Sécurité Sociale / PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
en vigueur au 1er janvier de l'année / CAS = contrat d'accès aux soins

GRILLE OPTIQUE

PREMIUM PLUS		Adultes			
Type de Verre	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. ⁽¹⁾	
<i>Verres Simple Foyer, Sphérique</i>					
a	sphère de -6 à +6	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	317,50 €
c	sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	297,50 €
c	sphère < -10 ou >+10	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	297,50 €
<i>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</i>					
a	cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	317,50 €
c	cylindre < +4 sphère < -6 ou >+6	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	297,50 €
c	cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	297,50 €
c	cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	297,50 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</i>					
c	sphère de -4 à +4	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	297,50 €
f	sphère < -4 ou >+4	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	297,50 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</i>					
c	sphère de -8 à +8	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	277,50 €
f	sphère < -8 ou >+8	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	267,50 €
Monture		2223342	2,84 €	1,70 €	185,00 €

(1) Le remboursement assureur s'entend par verre.

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.

ADHERENT : 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 (CAS) : 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.

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.

Rémunération brute : Sommes et avantages perçus par le PARTICIPANT assujettis à charges sociales dans les conditions prévues à l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité Sociale.

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.

CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

L'option Premium plus ne respecte pas l'ensemble des conditions posées par les Pouvoirs Publics pour répondre aux définitions de « Contrat Solidaire » et de « Contrat Responsable ».

L'option Premium plus ne respecte pas l'ensemble des conditions posées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

L'option Premium respecte quant à elle l'ensemble des conditions visées ci-dessus.

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 ET DE LEURS AYANTS DROIT

Conditions d'affiliation des membres du personnel

Le contrat entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de chaque membre du personnel de l'ADHERENT, appartenant à la catégorie assurée telle que mentionnée en 1^{ère} page de la notice d'information.

Lors de l'adhésion de l'entreprise ou de son entrée en fonction, chaque membre du personnel appartenant à la Catégorie assurée renseigne et signe le Bulletin d'Affiliation et d'Adhésion Individuel établie par l'INSTITUTION.

Il y précise notamment son état civil et celui de ses Bénéficiaires.

Date d'effet de l'affiliation des membres du personnel

L'affiliation prend effet :

- à la date de prise d'effet du contrat lorsque le membre du personnel est inscrit à cette date dans les effectifs de l'ADHERENT,
- à sa date d'embauche ou de mutation dans la catégorie assurée si elle est postérieure à la date d'effet du contrat.

Bénéficiaires

Choix de Bénéficiaires

Sont couverts, au choix de l'ADHERENT et sous réserve des dispositions prévues dans l'acte mettant en place les garanties collectives dans l'entreprise et telle que mentionnée en 1^{ère} page de la notice d'information :

- les PARTICIPANTS à l'exclusion de leurs ayants droit,
- les PARTICIPANTS conjointement avec leurs ayants droit.

Le choix de couvrir les seuls PARTICIPANTS ou les PARTICIPANTS et leurs ayants droit influe sur la cotisation.

Ce choix est en tout état de cause identique à celui effectué au titre du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel référencé sous le n°CCN015100.

- En cas d'adhésion obligatoire des ayants droit, la cotisation est identique pour chacun des PARTICIPANTS quelles que soient leur situation matrimoniale et de famille. Elle permet la couverture du PARTICIPANT et de ses éventuels ayants droit.
- En cas d'adhésion facultative des ayants droit, ces derniers sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le PARTICIPANT et de la communication à l'INSTITUTION des justificatifs visés ci-après. Le montant de la cotisation est prévu pour chaque personne couverte.

La cotisation « Enfant » est gratuite à compter du 3^{ème} enfant affilié.

Définition des Ayants droit

Sont ayants droit du PARTICIPANT :

- le conjoint du PARTICIPANT non divorcé ou non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation,
- le partenaire lié au PARTICIPANT par un Pacte Civil de Solidarité (Pacs),
- la personne vivant en concubinage avec le PARTICIPANT. Conformément à l'article 515-8 du Code civil, le concubinage est une union de fait caractérisé 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,
- les enfants à charge : sont considérés comme enfants à charge du PARTICIPANT :
 - Les enfants du PARTICIPANT de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, s'ils sont effectivement à la charge du PARTICIPANT (c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien) et satisfont à l'une des conditions suivantes :
 - être âgés de moins de 21 ans et être non-salariés et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité Sociale du PARTICIPANT, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
 - être âgés de moins de 26 ans, et sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation :
 - être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi,
 - ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel,
 - ou bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - être âgés de moins de 28 ans, être non-salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé,
 - quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21ème anniversaire,
 - Les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le PARTICIPANT verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

Affiliation des Ayants droit

Sous réserve des dispositions prévues dans l'acte mettant en place les garanties collectives dans l'entreprise, le PARTICIPANT déclare ses ayants droit à l'INSTITUTION.

Les modalités de déclaration des ayants droit varient selon que la couverture de ces derniers est obligatoire ou facultative, telle que mentionnée en 1^{ère} page de la notice d'information.

Adhésion obligatoire des ayants droit

Lorsque la couverture des ayants droit est obligatoire, les bénéficiaires du contrat sont identiques à ceux du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel référencé sous le n°CCN015100. La déclaration des ayants droit s'effectue au moment de l'affiliation du PARTICIPANT. Toutefois, postérieurement à celle-ci, l'INSTITUTION accepte la modification des ayants droit à la date de l'évènement en cas de modification de la situation familiale du PARTICIPANT (notamment naissance, décès, séparation...). Le PARTICIPANT est tenu d'informer l'ADHERENT et l'INSTITUTION de ces modifications.

Adhésion facultative des ayants droit

Lorsque la couverture des ayants droit est facultative, le PARTICIPANT déclare à l'ADHERENT et à l'INSTITUTION les ayants droit dont il entend assurer la couverture sous réserve qu'ils soient bénéficiaires du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel référencé sous le n°CCN015100.

En tout état de cause, les bénéficiaires au titre du contrat doivent être identiques à ceux affiliés au contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel référencé sous le n°CCN015100.

Cette déclaration a lieu à l'occasion de l'affiliation du PARTICIPANT.

Toutefois, postérieurement à celle-ci, le PARTICIPANT peut affilier ou modifier les bénéficiaires au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'INSTITUTION de la demande d'extension.

En tout état de cause 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 la Déclaration d'Affiliation, selon sa situation :

- la copie du livret de famille,
- la copie du certificat de mariage,
- l'attestation d'engagement dans les liens d'un PACS,
- une 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 personnes à charge selon leur situation :
 - la copie du dernier avis d'imposition du PARTICIPANT ou de son Conjoint, de son Partenaire lié par un PACS ou de son Concubin,
 - le certificat de scolarité,
 - la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - la copie de la carte d'invalidité,
 - l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
 - la copie du dernier bulletin de salaire.

Outre ces justificatifs, la déclaration d'affiliation doit être accompagnée de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale ou de la carte d'assuré au régime de Sécurité Sociale obligatoire 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 de celle de l'un de ses ayants droit ne permettant plus à ce dernier d'avoir la qualité de Bénéficiaire.

Date d'effet de l'affiliation des ayants droit

La garantie de l'INSTITUTION au titre des ayants droit est due :

1°) en cas d'affiliation obligatoire des ayants droit, à la date d'affiliation du PARTICIPANT,

2°) en cas d'affiliation facultative des ayants droit, à la date de production de l'ensemble des pièces visées ci-dessus.

Cessation de l'affiliation

Cessation de l'affiliation des PARTICIPANTS

Sous réserve de l'application du maintien de garanties Santé au titre de la « portabilité des droits », l'affiliation du PARTICIPANT cesse de plein droit :

- soit à la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat,
- 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'ADHERENT.
- et, en tout état de cause, à la date d'effet de la résiliation ou de la suspension de l'adhésion de l'entreprise au contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel des Entreprises d'installation sans fabrication y compris entretien, réparation, dépannage de matériel aéraulique, thermique, frigorifique et connexes, assurés par Humanis Prévoyance.

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties.

Le PARTICIPANT qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de son départ, à remettre à l'ADHERENT sa carte de tiers payant. L'ADHERENT doit la retourner à l'INSTITUTION.

L'INSTITUTION récupère auprès du PARTICIPANT toutes prestations indûment réglées.

Cessation de l'affiliation des ayants droit

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

Elle cesse également :

- à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions posées à la qualité de bénéficiaire,
- au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les ayants droit justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur et à la condition que l'acte mettant en place les garanties le prévoit,
- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le PARTICIPANT demande la résiliation de l'ayant droit pour les cas d'affiliation facultative. 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.

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 des garanties est maintenu au PARTICIPANT dont le contrat de travail est suspendu moyennant le paiement des cotisations, s'il bénéficie :

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

En cas de suspension du contrat de travail non rémunéré d'une durée inférieure à un mois, l'affiliation au contrat et par conséquent les garanties 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 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'ADHERENT.

Toutefois, ces derniers ont la possibilité de demander le maintien des garanties du contrat, pendant la suspension de son contrat de travail dans le cadre d'un contrat collectif facultatif.

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 Individuel d'Adhésion. 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.

MAINTIEN DES GARANTIES

Maintien des garanties santé au titre de l'article L911-8 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 pour le PARTICIPANT d'être éligible au dispositif de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale, l'affiliation 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'ADHERENT 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. Il incombe à l'ADHERENT d'informer le PARTICIPANT du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

Effet et durée du maintien de l'affiliation

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

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

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

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de 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.

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 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 ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables au PARTICIPANT.

L'ADHERENT s'engage à informer le PARTICIPANT de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'INSTITUTION.

Financement

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

Maintien de garanties Santé au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, peuvent continuer à bénéficier de la garantie Frais de santé à titre individuel sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux les 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.

La garantie Frais de santé peut être aussi maintenue aux anciens salariés privés d'emploi non bénéficiaires d'un revenu de remplacement dans les mêmes conditions.

Sous réserve d'être informé par l'ADHERENT 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.

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

La répartition du coût des cotisations entre l'ADHERENT et les PARTICIPANTS est fixée par l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise.

Toutefois, l'ADHERENT 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.

Extension facultative des garanties aux membres de la famille :

Les cotisations sont exprimées en fonction du plafond de la Sécurité Sociale.

Les cotisations concernant l'extension facultative des garanties aux membres de la famille du PARTICIPANT sont recouvrées auprès du PARTICIPANT sur son compte bancaire selon la périodicité indiquée sur la déclaration d'affiliation.

A défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'extension des garanties aux membres de sa famille 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'extension des garanties aux membres de la famille par l'INSTITUTION ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard mentionnées ci-dessous.

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

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

EFFET DE LA RESILIATION OU DU NON-RENOUVELLEMENT DU CONTRAT VIS-A-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 fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'INSTITUTION en a eu connaissance,**
- **en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.**

Lorsque l'action de l'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 interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci et 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 avis de réception adressée par l'INSTITUTION à l'ADHERENT en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le PARTICIPANT ou le Bénéficiaire en ce qui concerne 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.

CONTROLE DE L'INSTITUTION

L'INSTITUTION est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75009 Paris.

DEUXIEME PARTIE

DEFINITION DES GARANTIES

GARANTIES FRAIS DE SANTE

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 Bénéficiaires, 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.

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.

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 au tableau des garanties de la notice d'information.

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.

Donne lieu à remboursement les frais suivants prévus au tableau des garanties de la présente notice d'information. **Dès lors que le remboursement de l'INSTITUTION est plafonné, la limite doit s'entendre par an et par Bénéficiaire sauf dispositions spécifiques figurant au tableau des garanties.**

HOSPITALISATION :

- **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**.

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).
- Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux facturés par un médecin adhérent ou non au contrat d'accès aux soins.
- 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.
- Lit d'accompagnant 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 d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».
- Forfait pour acte lourd.

PRATIQUE MEDICALE COURANTE :

- **Consultation, visite d'un généraliste adhérent ou non au contrat d'accès aux soins,**
- **Consultation, visite d'un spécialiste adhérent ou non au contrat d'accès aux soins à l'exception des Psychiatres, Neuropsychiatres et Neurologues,**
- **Consultation, visite d'un Psychiatre, Neuropsychiatre, Neurologue adhérent ou non au contrat d'accès aux soins**
- **Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement,**
- **Actes techniques médicaux réalisés par un spécialiste ayant signé ou non le contrat d'accès aux soins,**
- **Frais d'analyse et de laboratoire**
- **Radiologie, Imagerie médicale, échographie, frais d'analyse et de laboratoire et Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale réalisés par un médecin adhérent ou non au contrat d'accès aux soins.**

MEDECINE ALTERNATIVE :

- Par dérogation aux RISQUES EXCLUS, peuvent être pris en charge les actes effectués par les praticiens mentionnés dans le tableau des garanties de la présente notice d'information.

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

- **Bilan nutritionnel**

PHARMACIE :

- **Frais pharmaceutiques remboursés en tout ou partie par la Sécurité sociale.**
- **Vaccins non remboursés par la SS (grippe, hépatite, fièvre jaune)**
- **Forfait addiction (patch, bilan dépendance ...)**
- **Contraception (pilule, stérilet)**

TRANSPORT :

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

DENTAIRE :

- **Soins dentaires**
- **Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité Sociale :**
 - Couronne, Inlay-core / Inlay-core à clavette,
 - Appareil dentaire 1 à 3 dents,
 - Appareil dentaire complet (14 dents),
 - Bridge de 3 éléments.
- **Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité Sociale :**
 - couronne ou adjonction de couronne,
 - bridge, réparation sur prothèse.
- **Implant** (implant et pilier dentaire)
- **Orthodontie prise en charge ou non par la Sécurité Sociale.**
- **Traitement blanchiment des dents**

OPTIQUE :

- **Équipement optique pris en charge par la Sécurité Sociale (deux verres et une monture) :**
les prestations dépendent du degré de correction (dioptrie),

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. 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 (verres ou monture) et s'achève deux ans après.

- **Lentilles cornéennes prises en charge ou non par la Sécurité sociale** (y compris lentilles jetables).
- **Kératotomie (traitement laser de la myopie)**

APPAREILLAGE :

- **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.

PREVENTION :

Frais de prévention : l'INSTITUTION prend en charge les actes de prévention à hauteur des prestations prévues dans le présent contrat, au titre de chaque poste de garanties concernés par ces actes.

Soins engagés hors de France

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

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

L'INSTITUTION intervient dès lors que les PARTICIPANTS bénéficient d'une prise en charge par la 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.

JUSTIFICATIFS ET CONTROLES

Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, le Bénéficiaire a la possibilité d'adresser par voie postale tout document comportant ce type de données, sous pli cacheté portant la mention "Confidentiel", à l'attention de Monsieur le Médecin-conseil - Centre de Service Prestations Santé dont l'adresse figure sur sa carte de tiers-payant.

Le service médical de l'INSTITUTION peut faire procéder par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé désigné par lui, au contrôle médical du Bénéficiaire qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre du contrat.

La charge des honoraires des professionnels de santé missionnés par le service médical est supportée par l'INSTITUTION ou, en cas de fraude avérée, par le Bénéficiaire.

Outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, le service médical de l'INSTITUTION se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du PARTICIPANT. L'INSTITUTION peut également demander tout renseignement ou pièce permettant d'établir la réalité du paiement des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après paiement des prestations, y **compris après résiliation du contrat.**

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

RECLAMATIONS – MEDIATION

L'INSTITUTION met à la disposition des ADHERENTS, des PARTICIPANTS la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du contrat, à l'adresse suivante :

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

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

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

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, l'INSTITUTION lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

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

Médiateur du CTIP
10 rue Cambacérés – 75008 PARIS
Tél : 01 42 66 68 49
mediateur@ctip.asso.fr
www.ctip.asso.fr

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

Les justificatifs à fournir par le PARTICIPANT pour ses demandes de remboursement :

	Bénéficiaire NOEMIE
<p>Hospitalisation chirurgicale ou médicale Etablissement conventionné ou non conventionné</p>	<p>Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, lit d'accompagnement...)</p>
<p>Soins courants (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante,..)</p>	<p>Aucun document</p>
<p>Médecine alternative</p>	<p>Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)</p>
<p>Optique</p> <p>- Traitements chirurgicaux des troubles visuels</p>	<p>Facture détaillée et acquittée Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité Sociale</p> <p>Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré</p>
<p>Prothèses dentaires – Orthodontie - prises en charge ou non prises en charge par la Sécurité Sociale</p>	<p>Imprimé type de l'INSTITUTION et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la classification commune des actes médicaux de la Sécurité Sociale. *</p>
<p>Maternité</p>	<p>Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou acte d'enfant sans vie</p>
<p>Adoption</p>	<p>Photocopie du certificat définitif d'adoption</p>

	Bénéficiaire NOEMIE
Cure thermale	Facture acquittée du séjour

	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.

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.

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, N° d'inscription Adeli etc ...).