

Notice d'information

(Référéncée NI/HP/Agri Hors Accord socle/FS 07.17)

ACCORD NATIONAL DU 10 JUIN 2008 SUR UNE
PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE EN
AGRICULTURE ET LA CRÉATION D'UN RÉGIME DE
PRÉVOYANCE

Contrat socle collectif facultatif

VOTRE RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

VOTRE REGIME FRAIS DE SANTE

Votre entreprise relevant de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale en agriculture et la mise en place d'un régime de prévoyance modifié par avenant en date du 15 septembre 2015 a adhéré au contrat collectif prévoyance à adhésion facultative assuré par HUMANIS PREVOYANCE, afin de permettre aux ayants droit des salariés affiliés eux-mêmes au contrat socle collectif obligatoire n°CRI2017001S/00 de bénéficier de garanties Frais de santé.

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.

SOMMAIRE

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE.....	5
DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT.....	10
ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT.....	10
ARTICLE 2 – CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE.....	10
ARTICLE 3 – RÉVISION DU CONTRAT - MODIFICATION DE LA LÉGISLATION OU DE LA RÉGLEMENTATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.....	10
ARTICLE 4 – PARTICIPANTS.....	11
ARTICLE 5 – BÉNÉFICIAIRES.....	11
ARTICLE 6 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN.....	12
ARTICLE 7 – CONDITIONS DE CESSATION DES GARANTIES.....	14
ARTICLE 8 – ASSIETTE DE COTISATION.....	14
ARTICLE 9 – PAIEMENT DES COTISATIONS.....	14
ARTICLE 10 – PRESCRIPTION.....	15
ARTICLE 11 – CLAUSE DE SUBROGATION.....	15
ARTICLE 12 – PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL.....	16
ARTICLE 13 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE – RÉCLAMATIONS – MEDIATION.....	17
ARTICLE 14 – À QUI S'ADRESSER ?.....	17
✓ NOEMIE.....	19
✓ LE TIERS-PAYANT.....	19
L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE.....	21

DOCUMENT A REMETTRE A VOTRE EMPLOYEUR

Je soussigné(é), _____

certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime Frais de Santé mis en place par ce dernier auprès d'HUMANIS PREVOYANCE.

À _____ le _____
Signature

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE

Toutes les garanties Frais de Santé sont exprimées :

- En % de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale dont relève le Participant ou du Ticket Modérateur ;
- En % du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement ou en combinant les expressions de garanties « BR + forfait ».

Les remboursements mentionnés ci-après incluent les prestations en nature de la Mutualité Sociale Agricole (MSA).

L'Institution n'intervient pas sur les actes et frais n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge du régime de base dont relève le bénéficiaire, sauf cas particuliers prévus par le régime mentionnés dans les Conditions Générales.

Le paiement des prestations est dû au Participant le premier jour de son affiliation pour tous les soins engagés pendant la période de couverture, quelle que soit la date de la maladie ou de l'accident ayant provoqué ces soins.

La prestation versée par l'Institution ne peut en aucun cas dépasser la totalité des frais laissés à la charge du Participant, après remboursement du régime de base de la Sécurité sociale ou de la MSA ou de tout autre organisme complémentaire.

Lorsque les professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire, la base de remboursement retenue pour le calcul de la prise en charge complémentaire est celle du tarif d'autorité.

Concernant l'optique, 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.

**REGIME SOCLE
(Adhésion facultative)**

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

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

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

Hospitalisation chirurgicale et médicale

Frais de séjour et Fournitures diverses	100 % de la BR
Honoraires - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	255 % de la BR
Honoraires - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	200 % de la BR
Forfait journalier	100 % des Frais Réels
Chambre particulière en hospitalisation, y compris forfait ambulatoire	25 Euros par jour
Chambre particulière en maternité	25 Euros par jour
Frais d'accompagnement (enfant - de 16 ans)	15 Euros par jour
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 Euros

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

Consultations et visites de généralistes ou de spécialistes - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	200 % de la BR
Consultations et visites de généralistes ou de spécialistes - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	180 % de la BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	100 % de la BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	100 % de la BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	100 % de la BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	100 % de la BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	100 % de la BR
Biologie médicale	100 % de la BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 Euros

PHARMACIE

Frais pharmaceutiques remboursés par la SS ou la MSA	100 % de la BR
Frais pharmaceutiques prescrits mais non remboursés par la SS ou la MSA	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 30 Euros
Vaccins non remboursés par la SS ou la MSA	non couvert
Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac remboursé par la SS ou la MSA	non couvert

FRAIS DE TRANSPORT

Frais de transport remboursé par la SS ou la MSA	100 % de la BR
--	----------------

HOSPITALISATION A DOMICILE

Honoraires des médecins libéraux – Signataires Optam/Optam-CO	255% de la BR
Honoraires des médecins libéraux – Non signataires Optam/ Optam CO	200% de la BR
Autres frais	100% de la BR

APPAREILLAGE	
Orthopédie et prothèses diverses remboursées par la SS ou la MSA	100 % de la BR
Prothèses auditives (+ piles et entretien) remboursées par la SS ou la MSA	390 % de la BR
FRAIS DENTAIRES	
Soins dentaires remboursés par la SS ou la MSA : soins dentaires, actes de prophylaxie bucco-dentaire, actes d'endodontie, parodontologie	100 % de la BR
Parodontologie non remboursée par la SS ou la MSA	non couvert
Inlays-onlays remboursés par la SS ou la MSA	125% de la BR
Inlays-cores remboursés par la SS ou la MSA	210 % de la BR
Prothèses dentaires remboursées par la SS ou la MSA : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Prothèses dentaires transitoires - Réparations sur prothèses	210 % de la BR + 300 €/an/bénéficiaire
Prothèses dentaires non remboursées par la SS ou la MSA : - Couronnes et bridges - Réparations sur prothèses (sauf les réparations à caractère esthétique) Implants (implant + pilier implantaire)	non couvert
Orthodontie remboursée par la SS ou la MSA	160 % de la BR
Orthodontie non remboursée par la SS ou la MSA	non couvert
OPTIQUE	
Verre adulte et enfant de 18 ans et +	
Verre simple	110 Euros
Verre complexe	170 Euros
Verre très complexe	190 Euros
Verre enfant – 18 ans	
Verre simple	150 Euros
Verre complexe	240 Euros
Monture	455 % de la BR
Lentilles remboursées par la SS ou la MSA (y compris jetables)	100% de la BR plus un forfait de 100€
Lentilles non remboursées par la SS ou la MSA (y compris jetables)	Plafond annuel et par bénéficiaire Egal à 100 euros
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	non couvert

MATERNITE	
Allocation naissance	1/3 PMSS par bénéficiaire
PREVENTION	
Actes de prévention (3)	Pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat
MEDECINE ALTERNATIVE	
Acupuncteur, Chiropracteur, Ostéopathe	30 Euros par consultation, dans la limite de 4 consultations par an et par bénéficiaire
CURE THERMALE	
Cure thermale remboursée par la SS ou la MSA : - honoraires et soins remboursés par la SS ou la MSA - transport et hébergement remboursés par la SS ou la MSA	70 % de la BR Non couvert
SERVICES	
Assistance de base + Plateforme Itélis + Téléconsultation + Hospiway	Inclus
Tiers Payant iSanté	Prévu
Tiers Payant Optique	Prévu

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

(2) L' « OPTAM / OPTAM-CO » remplace, à compter du 1er janvier 2017, le CAS. Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM / l'OPTAM-CO.

(3) Les actes de prévention sont listés à l'article 16.1 des Conditions Générales.

(4) A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale / BRR : Base de Remboursement Reconstitué / CAS : Contrat d'Accès aux Soins /

FR : Frais Réels / MR : Montant Remboursé par la Sécurité Sociale / MSA : Mutualité Sociale Agricole / OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier de l'année /

Le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés, sous déduction des remboursements versés par la SS ou la MSA et tout autre organisme

Pack Service

Les bénéficiaires du participant bénéficient du « Pack Services ».

Ce Pack Services inclut de manière indissociable l'accès :

- au service Hospiway ;
- au service de Téléconsultation ;
- au réseau Itelis Optique, Audio, Dentaire accompagné du Filtre dentaire ;
- à l'Assistance.

Les Conditions et modalités du Pack Services sont décrites dans les notices complémentaires dénommées «CGU Téléconsultation 01.2017 », « Notice d'information complémentaire Itelis 01.2018 » annexées aux Conditions Générales ainsi que dans la notice Assistance référencée F17 S 0494 déjà transmise.

Frais médicaux engagés à l'étranger

L'Institution intervient dès lors que les frais engagés hors de France sont pris en charge par la Sécurité Sociale française.

Modalités de versement des prestations – Délai de règlement

- Les demandes de prestations doivent être accompagnées, notamment :
 - des originaux des décomptes du régime de base de la MSA et/ou d'un autre organisme complémentaire ;
 - le cas échéant, des factures originales détaillant les frais engagés ;
 - de la ou des factures subrogatoires des professionnels de santé en cas de tiers payant ;
 - En cas de renouvellement de l'équipement optique justifié par une évolution de la vue :
 - 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 ;
 - ou de tout autre document s'avérant nécessaire.

- L'Institution s'engage à un délai de traitement des demandes de prestations :
 - de 48 heures maximum pour les remboursements faisant l'objet d'une télétransmission par les caisses du régime de base de la Sécurité Sociale ou de la MSA selon la procédure Noémie ;
 - de 5 jours maximum suivant la constitution complète du dossier et après réception des pièces justificatives nécessaires au règlement dudit dossier pour les autres cas de remboursements ne faisant pas l'objet d'un traitement automatisé.

Les prestations sont versées soit directement au Participant (ou à ses bénéficiaires le cas échéant), soit aux professionnels de santé par tiers-payant.

DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

La présente notice précise les conditions dans lesquelles HUMANIS PREVOYANCE (ci-après dénommée l'« Institution »), Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, assure aux ayants droit des salariés affiliés eux-mêmes au contrat socle collectif obligatoire le remboursement de tout ou partie des Frais de Santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité.

ARTICLE 2 – 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 à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et aux textes d'application de celui-ci.

A ce titre, et sous réserve des évolutions légales ou réglementaires futures, **l'Institution ne rembourse pas :**

- **Conformément à l'article L. 160-13 II du Code de la Sécurité sociale, la participation forfaitaire due par le Bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale. Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile**
- **Conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité sociale, la franchise applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D160-9 du Code de la Sécurité sociale pour certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 321-1 du Code de la Sécurité Sociale).**
- **Conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, la majoration de la participation supportée par le Bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.**
- **la majoration de la participation supportée par le Bénéficiaire et les ayants-droit sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique (accès au dossier Médical Personnel).**
- **les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque le Salarié et ses ayants droit consultent sans prescription du médecin traitant**
- **les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques**

Le contrat satisfait aux dispositions de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties telles qu'elles sont définies au sein de la présente notice d'information ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires relatives aux contrats « responsables » en vigueur au jour de la signature du Contrat. En cas de contradiction entre ces règles et celles prévues par la présente notice d'information, les règles du contrat responsable prévaudront.

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

ARTICLE 3 – RÉVISION DU CONTRAT - MODIFICATION DE LA LÉGISLATION OU DE LA RÉGLEMENTATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les parties excluent l'application de l'article 1195 du code civil.

En cas de changement de la législation ou de la réglementation de la Sécurité sociale, les garanties et les taux de cotisation peuvent être révisés. Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions, le montant des prestations et leurs modalités de calcul demeurent inchangés.

La révision des cotisations et/ou des garanties fait l'objet d'un avenant signé entre l'ADHERENT et l'Institution.

ARTICLE 4 – PARTICIPANTS

L'Adhérent doit obligatoirement :

1. Veiller au paramétrage exhaustif de sa Déclaration Sociale Nominative (DSN) selon la fiche de paramétrage fournie par l'Institution pour son ou ses contrats de prévoyance complémentaire, si l'Adhérent entre dans le périmètre de la DSN.
2. Communiquer à l'Institution le Bulletin d'Adhésion Individuelle visé à l'article 6.1 dûment renseigné par chaque PARTICIPANT qui souhaite adhérer individuellement au contrat socle collectif facultatif, dans un délai de trente jours suivant sa signature par le Participant.
3. Déclarer à l'Institution toute personne physique travaillant pour l'Adhérent qui, au cours du contrat, entre dans la ou les catégories définies au Bulletin d'Adhésion et qui souhaite adhérer à titre individuel au contrat.
4. Déclarer à l'Institution tout Participant qui, au cours du contrat, quitte l'entreprise, ou sort de la ou les catégories de salariés définies au Bulletin d'Adhésion notamment suite à une évolution dans une autre catégorie de salariés. L'Adhérent précise la date et le motif du départ ou de l'évolution. La déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'entreprise ou du changement de catégorie
5. Communiquer annuellement à l'Institution, au plus tard le 31 janvier de l'année N + 1, un état nominatif annuel des salaires par voie dématérialisée.

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

ARTICLE 5 – BÉNÉFICIAIRES

Sont couverts les ayants droit des salariés affiliés eux-mêmes au contrat socle collectif obligatoire (n°CRI2017001S/00) ;

Le Participant opte soit pour une couverture « conjoint », soit pour une couverture « famille », soit pour une couverture « 1 enfant à charge » ou soit pour une couverture « 2 enfants à charge ou plus ». Ces cotisations sont intégralement prises en charge par le Participant suivant les modalités de l'article 9 de la présente notice d'information.

Couverture « conjoint » :

La couverture « conjoint » correspond à la couverture spécifique du conjoint du Participant.

Couverture « famille » :

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

Couverture « 1 enfant à charge » :

La couverture « 1 enfant à charge » correspond à la couverture spécifique d'un enfant à charge du Participant.

Couverture « 2 enfants à charge ou plus » :

La couverture « 2 enfants à charge ou plus » correspond à la couverture spécifique des enfants à charge du Participant avec gratuité à compter du 3^{ème} enfant affilié.

Définition des ayants droit

Est considéré comme conjoint :

- **Le conjoint** : personne liée au salarié par les liens du mariage (article 143 du Code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une

activité professionnelle ;

- **Le cocontractant d'un PACS** : personne ayant conclu avec le salarié un Pacte Civil de Solidarité (PACS) dans les conditions fixées aux articles 515-1 à 515-7 du Code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- **Le concubin** : personne vivant avec le salarié en concubinage au sens de l'article 515-8 du Code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un PACS.
La preuve du lien se fait par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;

Sont réputés à charge du Participant, les enfants :

- **Les enfants à charge** du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin :
 - ✓ agés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin,
 - ✓ agés de moins de 26 ans et poursuivant leurs études et inscrits au régime de Sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Couverture Maladie Universelle (CMU),
 - ✓ agés de moins de 26 ans et sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le Code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité,
 - ✓ quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'Allocation pour Adulte Handicapé, AAH (article L. 821-1 du Code de la Sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
 - ✓ les enfants du salariés nés « viables » moins de 300 jours après son décès.

ARTICLE 6 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN

6.1 Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception du Bulletin d'Adhésion Individuelle.

L'adhésion est ouverte sans examen médical préalable aux ayants droit des salariés affiliés eux-mêmes soit au contrat socle collectif obligatoire soit au contrat socle collectif obligatoire pour les dispositions de maintien facultatif des garanties sous réserve qu'il adresse à l'Institution le Bulletin d'Adhésion Individuelle dûment complété et signé.

6.2 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

Les garanties sont suspendues en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée. Le Participant peut, pendant la période de suspension, demander à l'Institution, à titre individuel et facultatif, à continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé, sous réserve du paiement par ce dernier de l'intégralité de la cotisation.

L'Adhérent doit informer l'Institution de la suspension du contrat et de la durée de la suspension au début de celle-ci.

À l'issue de cette période, le Participant peut, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'Institution, à titre individuel et facultatif, à continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé, sous réserve du paiement par ce dernier de l'intégralité de la cotisation.

L'Adhérent doit informer l'Institution de la suspension du contrat et de la durée de la suspension au début de celle-ci.

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

Le bénéfice des garanties est maintenu au profit des Participants dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien total ou partiel de salaire ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'Adhérent, qu'elles soient versées directement par celui-ci ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, moyennant le paiement des cotisations.

Si la suspension est inférieure à un mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire Frais de Santé

est due intégralement.

6.3 Portabilité

CONDITIONS AU MAINTIEN DE L’AFFILIATION

Sous réserve pour le Participant d’être éligible au dispositif de l’article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale, l’affiliation au contrat et par conséquent les garanties dont profitait effectivement le Participant 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 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 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.

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 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’Adhérent 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.

6.4 Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

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 6.3, moyennant le paiement des cotisations spécifiques, dans les cas suivants :

- cessation de l'adhésion du Participant au contrat socle collectif facultatif ;
- résiliation ou non renouvellement du contrat socle collectif facultatif.

ARTICLE 7 – CONDITIONS DE CESSATION DES GARANTIES

1.-Pour le Participant :

Les garanties cessent :

- ✓ à la date à laquelle le Participant n'appartient plus à la catégorie de personnel garantie ;
- ✓ en cas de cessation du contrat de travail, les garanties cessent à l'expiration du mois au cours duquel prend fin ce dernier, sous réserve de l'application des dispositions de l'article 6.3 de la présente notice d'information ;
- ✓ à la date d'effet de la liquidation de la retraite du régime de base du Participant ;*
- ✓ au 31 décembre de l'exercice au cours duquel la radiation est demandée, sous réserve que la demande de radiation parvienne à l'Institution au plus tard le 31 octobre. La renonciation est définitive pour le Participant et ses ayants droit. Toute nouvelle adhésion n'est possible qu'à l'issue d'un délai de deux années civiles entre la renonciation et la nouvelle adhésion ;
- ✓ en cas de non-paiement des cotisations dans les 10 jours de leur échéance, après envoi par l'Institution d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception et, le cas échéant, mise en œuvre d'une procédure de recouvrement desdites cotisations non suivie d'effet.
- ✓ à la date de résiliation du contrat socle collectif obligatoire n°CRI2017001S/00;
- ✓ et, en tout état de cause, à la date d'effet de la résiliation du contrat.

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

La carte de tiers-payant du Participant en cours de validité doit être restituée à l'Adhérent ou l'Institution dans un délai de quinze jours suivant le départ de l'entreprise ou la cessation des garanties.

2 -Pour les membres de sa famille :

En dehors du cas de la radiation du Participant, les garanties cessent à l'égard des membres de la famille :

- ✓ au 31 décembre de l'exercice au cours duquel la radiation est demandée, sous réserve que la demande de radiation parvienne à l'Institution au plus tard le 31 octobre ;
- ✓ à la date à laquelle les membres de la famille ne remplissent plus les conditions prévues à l'article 5 de la présente notice d'information pour être bénéficiaires ;
- ✓ en cas de non-paiement des cotisations dans les 10 jours de leur échéance, après envoi par l'Institution d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception et, le cas échéant, mise en œuvre d'une procédure de recouvrement desdites cotisations non suivie d'effet ;
- ✓ à la date de résiliation du contrat socle collectif facultatif n°CRI2017001S/00.

Les membres de la famille, une fois radiés, ne pourront plus bénéficier de la garantie au titre des Conditions Générales. Toute nouvelle adhésion n'est possible qu'à l'issue d'un délai de deux années civiles entre la résiliation et la nouvelle adhésion.

ARTICLE 8 – ASSIETTE DE COTISATION

Les cotisations sont à la charge exclusive du Participant. Elles sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

Les cotisations sont indexées au 1^{er} janvier de chaque exercice sur l'écart, s'il est positif, entre le taux d'évolution annuelle de l'indice de la Consommation Médicale Totale (CMT) hors hospitalisation, connu au 1^{er} septembre et le pourcentage d'augmentation du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale constaté entre le 1^{er} janvier de l'exercice précédent et le 1^{er} janvier de l'exercice concerné.

Elles peuvent également évoluer au 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats du régime, sous réserve du respect d'un préavis de **deux mois**, et après consultation et accord des partenaires sociaux.

ARTICLE 9 – PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont recouvrées auprès du Participant sur son compte bancaire selon la périodicité indiquée sur le Bulletin d'affiliation individuel.

A défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, le maintien des garanties pourra être résilié 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.

Le contrat ou 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.

ARTICLE 10 – PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 11 – CLAUSE DE SUBROGATION

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.

ARTICLE 12 – DISPOSITIONS DIVERSES

Protection des données à caractère personnel

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

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

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

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, les données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant du PARTICIPANT (demande de renseignements ou de documentation, par exemple). Vous trouverez l'ensemble des durées de conservation de vos données sur le site internet du groupe HUMANIS à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>.

Le PARTICIPANT peut demander l'accès, la rectification, l'effacement des données personnelles ainsi que limiter ou s'opposer au traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) aux coordonnées suivantes : protection-donneespersoelles@humanis.com ou à Groupe HUMANIS – cellule Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant Couturier - 92246 MALAKOFF Cedex. Le PARTICIPANT peut également demander la portabilité des données fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque son consentement était requis. Nous pouvons demander au PARTICIPANT de fournir un justificatif d'identité pour confirmer son identité avant de répondre à la demande.

Pour en savoir plus, consultez le site internet du groupe HUMANIS à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>.

En tout état de cause, il vous est possible de saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

Prospection commerciale par voie téléphonique

Le Participant qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL » par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Société OPPOSETEL, service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret – 10 000 TROYES.

Toutefois, tant que le contrat est en cours et sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire en

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

ARTICLE 13 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE – RÉCLAMATIONS – MEDIATION

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09).

L'Institution met à la disposition des Participants la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application des contrats, à l'adresse suivante :

HUMANIS PREVOYANCE
Service Satisfaction Clients
303 rue Gabriel Debacq
45777 SARAN Cedex

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

À 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 adresse au demandeur un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, **sans que ce délai ne puisse au total excéder deux mois.**

Si un désaccord persistait après 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(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 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. .

ARTICLE 14 – À QUI S'ADRESSER ?

➤ **Pour votre adhésion, vos cotisations, votre régime, contactez votre employeur :**

- pour effectuer votre adhésion et toute modification de votre situation ;
- pour toute question concernant le paiement de vos cotisations ;
- pour toute question générale sur le régime.

➤ **Pour vos remboursements et vos demandes de prises en charge, contactez l'Institution :**

HUMANIS PREVOYANCE
TSA 47 371
34 186 MONTPELLIER Cedex 4
Tél : 09.77.40.06.80

➤ **Pour tout changement dans votre situation :**

Pensez à avertir l'Institution, le plus rapidement possible, lors de tout changement :

- d'adresse,
- de situation de famille,
- de situation des enfants à charge.

Pour obtenir une nouvelle carte de tiers payant de l'Institution, retournez l'ancienne accompagnée d'un nouveau bulletin d'affiliation à cette dernière.

LES SERVICES D'HUMANIS PREVOYANCE

✓ **Noémie**

Pour la mise en place du système de télétransmission Noémie, vous devez nous fournir la copie de l'attestation papier jointe à la carte Vitale et un relevé d'identité bancaire ou postal.

Ce système de transfert des données par le régime de base directement à l'Institution vous évite l'envoi de décompte de remboursement du régime de base. Les remboursements se succèdent donc à 48 heures d'intervalle de façon automatique et par virement sur compte bancaire ou postal.

Votre décompte de régime de base porte la mention « Déjà transmis à votre organisme de prévoyance ». Si cette mention n'apparaît pas, appelez-nous sans tarder et envoyez-nous le décompte pour remboursement. Vous recevrez ensuite un relevé concernant le remboursement effectué par l'Institution.

Sont exclus de ce système :

- les personnes qui ne souhaitent pas en faire partie ;
- les actes bénéficiant du tiers payant, les sommes étant directement remboursées au praticien ;
- les actes non indemnisés par le régime de base qui bénéficient d'un remboursement de notre part (ex. : orthodontie, prothèses dentaires, lentilles non prises en charge).

Pour ces derniers, une facture doit obligatoirement nous être adressée.

✓ **Le tiers-payant**

Conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes réglementaires d'application, l'Institution met à votre disposition et celle de vos bénéficiaires un service de dispense d'avance de frais de santé (tiers-payant) sur l'ensemble des garanties prévues au contrat faisant l'objet d'un tarif de responsabilité.

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

Si vous et vos bénéficiaires n'utilisez pas votre carte de tiers-payant ou si vous vous voyez refuser ce service par le professionnel de santé, vous devez demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursés par l'Institution.

Une carte nominative vous sera remise et vous permettra d'obtenir le tiers payant (dispense d'avance de frais). Ce service assurant une prise en charge dans la limite du ticket modérateur (sauf tiers payant optique), est accessible auprès des professionnels de santé conventionnés suivants :

- Pharmaciens ;
- Radiologues ;
- Laboratoires d'analyses médicales ;
- Auxiliaires médicaux (Kinésithérapeutes, Infirmiers, Orthophonistes, Orthoptistes) ;
- Établissements hospitaliers, Centres de soins (soins externes) ;
- Fournisseurs de matériel médical (hors optique et auditif) ;
- Opticiens ;
- Transporteurs.

La validité de la carte est renouvelable chaque année. La carte doit être restituée en cas de perte de droit (cessation du contrat de travail notamment) à l'Adhérent ou à l'Institution.

❖ **Tiers payant optique**

Votre contrat prévoit une prise en charge optique. Votre opticien adresse une demande de prise en charge à l'Institution de ce service (par saisie sur internet, à défaut par fax). Celle-ci délivre la prise en charge dans les limites des garanties du régime.

❖ Tiers payant hospitalisation

Avant toute hospitalisation et pour ne pas faire l'avance de frais, vous devez demander une prise en charge hospitalière auprès de l'Institution.

En cas d'urgence, précisez à l'établissement hospitalier les coordonnées de l'Institution : notre service faxera immédiatement une demande de prise en charge auprès de l'établissement chargé de vous accueillir.

Communiquez tout renseignement utile (numéro de contrat, date d'hospitalisation, nom de la personne hospitalisée, numéro de Sécurité Sociale, coordonnées de l'hôpital ou de la clinique).

✓ Services en ligne sur www.cria.humanis.com

Dans votre espace internet sécurisé, vous pouvez :

- consulter et modifier vos coordonnées personnelles ;
- visualiser vos références contractuelles et la liste de vos bénéficiaires ;
- accéder à vos remboursements de santé (sur les 40 derniers jours) ;
- faire une demande de prise en charge hospitalière.

Pour créer votre espace sécurisé sur www.cria.humanis.com :

- munissez-vous de votre numéro d'adhérent que vous trouverez sur votre carte de tiers payant et sur vos décomptes de remboursements ;
- connectez-vous au site www.cria.humanis.com/espaceassures;
- cliquez sur « première connexion », votre numéro d'adhérent vous sera alors demandé ;
- un courriel vous sera envoyé avec votre mot de passe de connexion.

L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE

Nos équipes, composées de professionnels de l'Action sociale, sont à votre disposition en cas de difficultés consécutives à un problème de santé, de handicap ou d'invalidité.

Au-delà de l'écoute et du soutien, elles peuvent selon les situations :

- **orienter** vers des organismes compétents pour apporter leur concours à l'obtention de droits ou à la résolution de difficultés ;
- **conseiller** sur les démarches à entreprendre ;
- **étudier** la possibilité d'une aide financière, en fonction de votre situation économique et sociale.

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

