



CCN des Activités de Marchés Financiers

Notice d'information santé

Edition Janvier 2018

Garanties frais de santé

Référence : NI surcomplémentaire facultatif – CCN des Activités de Marchés Financiers
– santé - 2018

Document à remettre à votre employeur

Je soussigné(e), _____

certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime Frais de santé auquel il a adhéré auprès de Humanis Prévoyance.

A _____ le _____
Signature

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
VOTRE CONTRAT FRAIS DE SANTE	4
DISPOSITIONS GENERALES	5
▶ Contrat solidaire	5
▶ Affiliation des Participants et de leurs Ayants droit	5
▶ Maintien des garanties santé	8
▶ Cotisations	9
▶ Effet de la résiliation ou du non renouvellement	9
▶ Recours - Prescription	9
GARANTIES FRAIS DE SANTE	12
▶ Garanties frais de santé	12
▶ Risques exclus	14
▶ Modalités de versement des prestations	14
▶ Les justificatifs à fournir par le Participant pour ses demandes de remboursement	16
POUR MIEUX SE COMPRENDRE	18
L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE	19
ANNEXE 1 : VOS GARANTIES	20

Votre contrat frais de santé

Les partenaires sociaux de la Convention collective nationale des Activités de Marchés financiers ont signé un avenant en date du 31 août 2017 modifiant le régime Frais de Santé instauré au profit de l'ensemble du personnel. Au-delà des garanties du contrat d'assurance collective socle collectif obligatoire du régime frais de santé conventionnel des Activités de Marchés Financiers, l'entreprise a souscrit le contrat surcomplémentaire collectif obligatoire permettant d'améliorer les prestations dudit contrat socle collectif obligatoire ainsi que le contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

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.

DISPOSITIONS GENERALES

► Contrat solidaire

Le contrat surcomplémentaire collectif facultatif satisfait aux conditions du Contrat Solidaire. En revanche il ne satisfait pas aux conditions du contrat responsable posées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Le Participant reconnaît que son attention a été spécialement attirée par l'Institution sur les conséquences de la non-conformité du contrat au contrat responsable, dont, notamment le taux majoré de taxe sur les conventions d'assurance.

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

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

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

► Affiliation des Participants et de leurs Ayants droit

Conditions d'affiliation des Participants

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

L'adhésion individuelle ne peut produire ses effets que dans la mesure où chaque Participant, renseigne intégralement et signe le bulletin d'adhésion individuelle établi par l'Institution, dans lequel il précise notamment son état civil et ses bénéficiaires.

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

les parties.

Date d'effet de l'affiliation du Participant

L'adhésion individuelle prend effet :

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

Bénéficiaires

Les bénéficiaires déclarés par le Participant au titre de ce contrat doivent être identiques, en tout état de cause, à ceux affiliés au contrat socle collectif obligatoire et au contrat surcomplémentaire collectif obligatoire

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

Définition des Ayants droit

Sont ayants droit du Participant :

- Le conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS à charge du Participant,
- Les enfants à charge,
- Les ascendants et descendants à charge,

définis ci-après.

- Le conjoint, le partenaire d'un PACS ou le concubin en qualité d'ayant droit du salarié au sens des anciennes dispositions de l'article L.313-3 1°) du Code de la Sécurité sociale jusqu'à l'issue de la période transitoire (31 décembre 2019) ;
- Le conjoint, le partenaire d'un PACS ou le concubin sans activité professionnelle ou à la charge effective, totale et permanente du salarié.

Un seul ayant-droit peut être reconnu au titre de la vie de couple.

- Les enfants à charge c'est-à-dire :
 - Les enfants de moins de 21 ans, non-salariés et à charge du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin au sens des anciennes dispositions de l'article L.313-3 2°) et 3°) du Code de la Sécurité sociale, jusqu'à l'issue de la période transitoire (31 décembre 2019)
 - Les enfants de moins de 21 ans, non salariés, à la charge effective et permanente du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin.
 - Les enfants de moins de 25 ans placés en apprentissage dans les conditions déterminées par le Code du travail, et à la charge effective et permanente du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin.
 - Les enfants de moins de 26 ans s'ils bénéficient d'un contrat de professionnalisation, que ses ressources n'excèdent pas 80 % du SMIC,
 - Les enfants atteints d'une infirmité permanente les empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice,
 - Les enfants n'ayant pas dépassés la date anniversaire de leurs 26 ans s'ils sont non salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et s'ils justifient de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé. Au terme de leurs études, ces enfants sont couverts pendant une durée maximale d'un an sous réserve d'être à la recherche d'un premier emploi ;
 - Les enfants, remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus, au titre desquels le salarié verse une pension alimentaire.
- Les ascendants et descendants à charge, tels que définis à l'article L. 313-3 4°) du Code de la Sécurité sociale, figurant sur la carte de Sécurité sociale du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, jusqu'à l'issue de la période transitoire (31 décembre 2019).
- Les ascendants et descendants à la charge effective, totale et permanente du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin et vivant sous le toit du salarié.

Le bénéficiaire du contrat peut être étendu, à la demande du Participant, à titre facultatif, à son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin non à charge :

- bénéficiant à titre personnel des prestations du régime de la Sécurité sociale jusqu'à l'issue de la période transitoire (31 décembre 2019),
- exerçant une activité professionnelle, ou non à la charge effective, totale et permanente du salarié.

Affiliation des Ayants droit

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

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

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

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

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

Extension facultative au conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS, non à charge

Le conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS non à charge, peut être couvert par une extension facultative souscrite individuellement par chaque Participant. En tout état de cause, les garanties de l'extension facultative sont identiques aux garanties souscrites par le Participant au titre de son contrat socle collectif obligatoire, de son contrat surcomplémentaire collectif obligatoire et son contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

Le Participant déclare à l'Adhérent et à l'Institution s'il entend assurer la couverture de son conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS non à charge.

Cette déclaration a lieu à l'occasion de l'affiliation du Participant. Toutefois, postérieurement à celle-ci, le Participant peut affilier son conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS non à charge :

- ✳ à la date de l'évènement en cas de modification de la situation familiale,
- ✳ chaque 1^{er} janvier sous réserve qu'une demande en ce sens soit présentée à l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

Le Participant est tenu d'apporter les pièces justifiant sa situation et celle de son conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS non à charge, à l'Institution et de s'acquitter des cotisations afférentes.

Justificatifs à fournir

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

- la copie du livret de famille,
- la copie du certificat de mariage,
- l'attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
- l'attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins et tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...),
- Pour les conjoints, concubins, partenaires liés par un PACS à charge :
 - la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale,
 - Photocopie du dernier avis d'imposition commune,
 - ou en cas d'imposition séparée, photocopie du dernier avis d'imposition du conjoint et assimilé et attestation d'engagement dans les liens d'un PACS ou attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins et tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, ...),
 - attestation sur l'honneur certifiant ne pas exercer d'activité professionnelle ou être à la charge effective, totale et permanente du Participant.
- Pour les conjoints, concubins, partenaires liés par un PACS non à charge :
 - Photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale ou de la carte d'assuré social au régime de base obligatoire, en vigueur,
 - Copie du bulletin de salaire,
 - Photocopie du dernier avis d'imposition du conjoint et assimilé.
- pour les enfants à charge selon leur situation :
 - pour les enfants de moins de 21 ans non salariés, une attestation sur l'honneur certifiant qu'ils sont à la charge effective et permanente du Participant, du conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS
 - le certificat de scolarité,

- la copie du dernier avis d'imposition du Participant ou de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
 - la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - la copie du dernier bulletin de salaire,
 - photocopie de tout document de reconnaissance de l'état d'infirmité permanente (dont la carte d'invalidité)
 - l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
 - Photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale ou de la carte d'assuré social au régime de base obligatoire, en vigueur,
- Pour les ascendants ou descendants à charge :
- Photocopie de l'avis d'imposition de la personne vivant sous le toit du participant;
 - tout justificatif de domicile au nom de la personne à charge (facture,) ou à défaut, attestation sur l'honneur de domiciliation établie sur papier libre, signée par le participant et la personne à charge.

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

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

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

Cessation de l'affiliation des 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 ci-avant,
- au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les ayants droit justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur et à la condition que l'acte mettant en place les garanties le prévoit,
- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le Participant demande la résiliation de l'extension facultative du conjoint,
- concubin, partenaire lié par un PACS, non à charge. Cette demande doit être adressée à l'Institution au plus tard le 31

octobre de la même année par lettre recommandée. La demande adressée à l'Institution après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant, elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année.

La cessation de l'affiliation des ayants droit au titre du contrat socle collectif obligatoire et/ou du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire emporte nécessairement la cessation de l'affiliation des ayants droit du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire.

► Maintien des garanties santé

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

Conditions au maintien de l'affiliation

Sous réserve pour le Participant d'être éligible au dispositif de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'affiliation au contrat surcomplémentaire collectif facultatif 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.

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

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

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

Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation du Participant au contrat surcomplémentaire collectif facultatif 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 d'adhésion de l'entreprise au contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

Obligations déclaratives

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

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

Garanties

Le Participant bénéficie des garanties prévues au contrat surcomplémentaire collectif facultatif au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail. Le cas échéant, le maintien de garanties est accordé aux ayants droit, tels que définis au contrat.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat surcomplémentaire collectif facultatif 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 surcomplémentaire collectif facultatif, 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 de l'article 6 de la loi Evin du 31 décembre 1989

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

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

Il appartient à l'ADHERENT d'informer les PARTICIPANTS du droit établi à leur profit par l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

L'Institution ne saurait en aucun cas être responsable d'un défaut d'information des Participants quant au maintien de garanties.

► Cotisations

Assiette et montant des cotisations

Les cotisations annuelles sont fixées en fonction, notamment, des garanties souscrites et compte tenu des dispositions réglementaires et des bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur.

La cotisation est exprimée en pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

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

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

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

La cotisation « Famille » est identique pour chacun des Participants quelles que soit leur situation matrimoniale et de famille. Elle permet la couverture du Participant, de son conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS à charge, de ses enfants à charge et de ses ascendants et descendants à charge.

La cotisation « conjoint non à charge » est due si le Participant souhaite étendre le bénéfice du contrat à son conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS, non à sa charge.

Paiement des cotisations

Les cotisations sont recouvrées auprès du Participant. Elles sont acquittées par le Participant dans les conditions définies sur bulletin d'adhésion individuelle.

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, le Participant pourra être exclu du groupe assuré, avec pour conséquence la fin de son affiliation, dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi par l'Institution 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.

L'exclusion du Participant du groupe assuré par l'Institution ne le 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 à hauteur de 3 fois le taux d'intérêt légal, à compter de l'échéance.

L'affiliation 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 résiliation ou du non renouvellement

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat d'adhésion au contrat socle collectif obligatoire et au contrat surcomplémentaire collectif facultatif de l'Adhérent met fin aux garanties du contrat surcomplémentaire collectif facultatif. Il en est de même en cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat d'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

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.

► 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 d'adhésion 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, du Participant, du bénéficiaire, ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent, le Participant, le bénéficiaire, ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

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

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 avis de réception adressée par l'Institution à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation
- et de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par le Participant, le Bénéficiaire, ou l'ayant droit en ce qui concerne le règlement de la Prestation.

Lorsque le Bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, le délai visé au 1er alinéa ne court qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

Réclamations – Médiation

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

Humanis Prévoyance
Service Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45 777 Saran cedex
Tél. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les correspondances adressées par le centre de gestion.

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

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

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

Médiateur de la protection sociale du CTIP
10 rue Cambacérés – 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

Contrôle de l'Institution

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

Dispositions diverses

Protection des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel concernant le Participant sont collectées et traitées pour les besoins de la gestion du contrat, dans le respect des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel. Les données sont destinées exclusivement aux entités composant le groupe

Humanis ainsi qu'aux partenaires du Groupe en charge d'activités confiées par ce dernier.

Conformément aux dispositions légales précitées, le Participant bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données le concernant à exercer par courriel à contact-cnil@humanis.com ou par lettre à l'adresse suivante : Groupe HUMANIS – Cellule CNIL – Satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex. Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Il dispose également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de ces données. Le cas échéant, les bénéficiaires du Participant disposent des mêmes droits concernant leurs données à caractère personnel qu'ils peuvent exercer dans les conditions précédemment citées.

Les données personnelles sont conservées pendant une durée maximale de deux années à compter de la fin des relations contractuelles liant le Participant au groupe Humanis. Le Groupe prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de ces données, conformément aux dispositions légales susvisées

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 données à caractère personnel à des fins de prospection notamment commerciale, en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

GARANTIES FRAIS DE SANTE

► Garanties frais de santé

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

Objet et conditions des garanties

Les garanties frais de santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les Participants, en complément des remboursements de la 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 ».

Pour ouvrir droit à prise en charge, les actes ou soins doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat et inscrits sur des registres nationaux.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ :

Hospitalisation chirurgicale :

- ✧ Frais chirurgicaux proprement dits.

Hospitalisation médicale :

- ✧ Pour tout séjour notamment en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence au 1^{er} jour d'hospitalisation.

Hospitalisation à domicile prise en charge par la Sécurité sociale.

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

- ✧ Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la Liste des Produits et des Prestations (LPP) facturables et spécialités pharmaceutiques).
- ✧ Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin ayant signé ou non au contrat d'accès aux soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),
- ✧ Forfait hospitalier prévu à l'article L.174-4 du code de la Sécurité sociale est pris en charge sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait hospitalier facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil

spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendants (EHPAD),

- ❖ Forfait ambulatoire,
- ❖ 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**),

Pour les frais de chambre particulière, la prise en charge est limitée à :

- **365 jours,**
- **180 jours en cas de séjour en psychiatrie.**

A l'expiration de cette période de 365 jours ou 180 jours, le bénéficiaire ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des prestations qu'après une **interruption d'hospitalisation entre 2 séjours supérieure à 90 jours continus** et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.

- ❖ Périodurale,
- ❖ Participation forfaitaire pour les actes coûteux.

SOINS DE VILLE EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ :

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

PHARMACIE :

- ❖ **Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale.**

TRANSPORT :

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

DENTAIRE :

- ❖ **Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale :** soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie.
- ❖ **Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale.**
- ❖ **Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale :**
 - couronnes, bridges et inter de bridges,
 - couronnes sur implant,
 - prothèses dentaires amovibles (y compris transitoires),
 - réparations sur prothèses,
 - inlays-cores.
- ❖ **Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale :**
 - couronnes, bridges (à l'exception des inter de bridges),
 - prothèses dentaires provisoires,
 - réparations.
- ❖ **Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale,**
- ❖ **Parodontologie et orthodontie non remboursées par la Sécurité sociale,**
- ❖ **Implantologie.**

OPTIQUE :

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

La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.

Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement par le Participant. Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

- ❖ **Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale.**
- ❖ **Chirurgie réfractive.**

APPAREILLAGES :

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

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 remboursements des 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.

Ne donnent pas non plus lieu à remboursement :

☞ **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.**

☞ **la franchise applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D.160-9 du Code de la Sécurité sociale pour certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-**

2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du Code de la Sécurité sociale).

☞ **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.**

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

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

► Modalités de versement des prestations

Païement des cotisations

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

Services de tiers payant

Conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes réglementaires d'application, l'Institution met à la disposition du Participant et ses 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. Le Participant et ses bénéficiaires doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Le Participant et ses bénéficiaires qui n'utilisent pas leur carte de tiers-payant ou se voient refuser ce service par le professionnel de santé doivent demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursés par l'Institution.

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 Participant 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 date du décompte de Sécurité sociale ou de la survenance des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité Sociale.

A défaut, le bénéficiaire se voit opposer la prescription définie dans la présente notice d'information.

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

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

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

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

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

Justificatifs et contrôle

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

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

La charge des honoraires des professionnels de santé missionnés par le service médical est supportée par l'Institution ou par le bénéficiaire lui-même en cas de fraude avérée.

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

Pour ouvrir droit à prise en charge, les actes ou soins doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat et inscrits sur des registres nationaux.

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

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

	Bénéficiaire NOEMIE
Hospitalisation chirurgicale ou médicale - Etablissement conventionné ou non conventionné	Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...)
Soins courants (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante...)	Aucun document
Optique	Facture détaillée et acquittée En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : <ul style="list-style-type: none"> - soit nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction, - soit prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction, - et prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent. Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale
Traitements chirurgicaux des troubles visuels	Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré
Prothèses dentaires - Orthodontie - Prises en charge par la Sécurité sociale	Imprimé type de l'Institution et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Classification Commune des Actes Médicaux*
Maternité	Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou acte d'enfant sans vie
Adoption	Photocopie du certificat définitif d'adoption
Implants	Facture détaillée et acquittée
Médecine douce	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)

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.

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

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

POUR MIEUX SE COMPRENDRE

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

Adhérent : Personne morale souscriptrice du contrat

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

Catégorie : Ensemble de personnes physiques travaillant pour le compte de l'Adhérent 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.

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

Sous réserve des dispositions de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017, la notion de Contrat d'Accès aux Soins (CAS) sera remplacée par la notion de Pratique Tarifaire maîtrisée.

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

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

DSN : La Déclaration Sociale Nominative dite « DSN » vise à remplacer l'ensemble des déclarations périodiques ou événementielles adressées par les employeurs entrant dans son périmètre d'application, à des administrations et des organismes

de protection sociale. Elle repose sur la transmission unique, mensuelle et dématérialisée des données issues de la paie et de signalements d'événements

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

Nomenclature : cette notion désigne aussi bien la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), que la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), que la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) et que la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux, documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

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

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

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

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

Ticket modérateur : part des frais de santé non remboursée par le régime d'assurance maladie obligatoire en application de l'article L. 160-13 I du Code de la Sécurité sociale

L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE

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

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

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

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

A qui s'adresser

Humanis
Service social

N° Cristal 09 72 72 23 23

APPEL NON SURTAXÉ

ANNEXE 1 : VOS GARANTIES

Garanties Y COMPRIS les remboursements de la Sécurité sociale (sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité Sociale)	CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF « Renfort + » (y compris les garanties du contrat socle collectif obligatoire et du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire)
---	---

HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE, y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Honoraires - Signataires OPTAM / OPTAM CO ⁽²⁾	450 % BR
Honoraires - Non signataires OPTAM / OPTAM CO ⁽²⁾	450 % BR
Frais de séjour	450 % BR
Chambre particulière (y compris maternité)	3 % PMSS /an/bénéficiaire
Forfait hospitalier	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
SOINS DE VILLE (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Consultations et visites généralistes - Signataires OPTAM / OPTAM CO ⁽²⁾	220 % BR
Consultations et visites généralistes – Non Signataires OPTAM / OPTAM CO ⁽²⁾	220 % BR
Consultations et visites spécialistes - signataires OPTAM / OPTAM CO ⁽²⁾	370 % BR
Consultations et visites spécialistes – non signataires OPTAM / OPTAM CO ⁽²⁾	370 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité –Signataires OPTAM / OPTAM CO ⁽²⁾	220 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires OPTAM / OPTAM CO ⁽²⁾	220 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires OPTAM / OPTAM CO ⁽²⁾	220 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires OPTAM / OPTAM CO ⁽²⁾	220 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	170 % BR
Auxiliaires médicaux	170 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
APPAREILLAGE	
Prothèses auditives remboursées par la SS	1100 € / prothèse au-delà 100 % BR
Orthopédie, prothèses médicales	400 % BR
PHARMACIE	
Pharmacie remboursée par la SS	100 % BR
TRANSPORT	
Transport remboursé par la SS	100 % BR

Garanties Y COMPRIS les remboursements de la Sécurité sociale (sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité Sociale)

**CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF
« Renfort + »**

(y compris les garanties du contrat socle collectif obligatoire et du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire)

FRAIS DENTAIRES	
Soins dentaires remboursés par la SS : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	170 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la SS : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles (y compris transitoire) - Réparations sur prothèses - Inlays-cores	450 % BR dans la limite de 40 % PMSS / an / bénéficiaire au-delà 125 % BR
Orthodontie remboursée par la SS	450 % BR
Inlays et Onlays remboursés par la SS	15 % PMSS /an/bénéficiaire au-delà 100 % BR
Parodontologie et Orthodontie non remboursée par la SS	20 % PMSS /an/bénéficiaire
Implants (implant + pilier implantaire)	1200 € /an/bénéficiaire
FRAIS D'OPTIQUE	
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans)	
Monture	200 € par monture
Verre simple	130 € par verre
Verre complexe	300 € par verre
Verre très complexe	350 € par verre
Lentilles remboursées par la SS	10 % PMSS /an/bénéficiaire au-delà 100 % BR
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	1000 € par œil
MEDECINE DOUCE	
Médecine douce (Acupuncteurs, Ostéopathes et Psychomotriciens)	40 € / séance dans la limite de 6 séances / an et / bénéficiaire
SERVICES	
Assistance ⁽³⁾	incluse

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

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

(3) Les garanties assistance sont portées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL, société anonyme au capital de 3.500.000 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre, sous le n° 433 012 689, située au 108, Bureaux de la Colline - 92213 SAINT CLOUD CEDEX.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale / CAS : Contrat d'Accès aux Soins / FR : Frais Réels / MR : Montant remboursé par la Sécurité Sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier de l'année / SS : Sécurité Sociale

Votre interlocuteur Humanis

Suivre votre contrat

Téléphone : N° CristalAPPEL NON SURTAXE

Adresse :

Site internet :

Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale – Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°410 005 110 – Siège social : 29, Boulevard Edgar Quinet 75014 PARIS.