



**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
DES CONSEILS D'ARCHITECTURE,
D'URBANISME et de
L'ENVIRONNEMENT**

Notice d'information

VOTRE REGIME FRAIS DE SANTE

« NI-CAUE-santé »

Mise à jour Janvier 2017

Ensemble du personnel

IMPORTANT
document à signer et à
remettre à votre employeur

Je soussigné(e),

.....

reconnais avoir reçu la notice d'information décrivant les garanties Frais
de Santé souscrites auprès de Humanis Prévoyance par mon employeur :

.....
.....

Ces garanties sont conformes à la Convention collective des Conseils
d'architecture, d'urbanisme et de l'environnement.

À le

.....

Signature :

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE

REGIME FRAIS DE SANTE DE LA CCN CAUE TABLEAU DES PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 1^{ER} JANVIER 2017

Les garanties ci-après s'appliquent dans le cadre du parcours de soins et dans les conditions et limites prévues dans la présente Notice d'information. Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels.

GARANTIES EN COMPLEMENT DES REMBOURSEMENTS DE LA SECURITE SOCIALE DANS LA LIMITE DES FRAIS REELLEMENT ENGAGES	
HOSPITALISATION (Médecine – chirurgie – obstétrique – psychiatrie). Hors chirurgie esthétique	
Frais de séjour en secteur conventionné	100 % FR - RSS
Frais de séjour en secteur non conventionné	85 % FR - RSS avec minimum de 100 % TM
Honoraires – Signataires CAS ⁽³⁾	TM + 220 % BR
Honoraires – Non signataires CAS ⁽³⁾ (conventionné et non conventionné)	TM + 100 % BR
Forfait hospitalier	100 % FR
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris médecine de ville)	18 €
Chambre particulière (y compris maternité)	45 €/ jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	45 €/ jour
Allocation maternité y compris adoption plénière (par maternité)	385 €
FRAIS DENTAIRES	
Soins dentaires remboursés par la SS : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire	100 % TM
Inlays-onlays remboursés par la SS	TM + 220 % BR
Parodontologie remboursée par la SS sur la base d'une gingivectomie étendue à un sextant.	TM + 220 % BR
Orthodontie remboursée par la SS	TM + 250 % BR dans la limite de 762,5 €/ semestre (au-delà 125 % BR y compris SS)
Orthodontie non remboursée par la SS	250 % BR reconstituée dans la limite de 762,5 €/semestre
Prothèses dentaires remboursées par la SS : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Réparations sur prothèses - Inlays-cores	TM + 220 % BR dans la limite du plafond
Prothèses dentaires non remboursées par la SS : - Couronnes et bridges - Prothèses dentaires provisoires - Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)	269,75 €/acte dans la limite du plafond
Plafond prothèses dentaires remboursées ou non par la SS : 1525 €/bénéficiaire (au-delà 125 % BR y compris SS pour les prothèses remboursées.)	
Implants (implant + pilier implantaire)	538€/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	150 €
Verres (par verre)	Cf. grille optique
Lentilles prescrites remboursées ou non par la SS	150€ par lentille dans la limite de 600 €/an/bénéficiaire, 100% TM au-delà pour les lentilles remboursées.
Chirurgie optique réfractive	350€/œil
SOINS DE VILLE (secteur conventionné et non conventionné⁽¹⁾)	
Consultations et visites, généralistes et spécialistes - Signataires CAS ⁽³⁾	TM + 220 % BR
Consultations et visites, généralistes et spécialistes - Non signataires CAS ⁽³⁾	TM + 100 % BR
Auxiliaires médicaux remboursés par la SS	TM + 210 % BR
Analyses - actes de biologie	TM + 210 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires CAS ⁽³⁾	TM + 220 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires CAS ⁽³⁾	TM + 100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires CAS ⁽³⁾	TM + 220 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires CAS ⁽³⁾	TM + 100 % BR
Médecine douce (chiropractie, ostéopathie, psychomotricien, acupuncteur, diététicien)	25 €/séance (maxi 5 séances/an/bénéficiaire)
Prothèses auditives remboursées par la SS	TM + 215 % BR avec un plafond de 1525€/an/bénéficiaire, au-delà 100%TM
Orthopédie et prothèses diverses remboursées par la SS	TM + 215 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
PHARMACIE	
Pharmacie remboursée par la SS	100 % TM
Vaccins prescrits non remboursés par la SS	100% FR
AUTRES SOINS ET PREVENTIONS	
Cure thermale remboursée par la SS : honoraires et soins	305 €/an/bénéficiaire
Frais de transport remboursés par la SS	100 % TM
Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale ⁽²⁾	Pris en charge

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

(2) Ces actes sont pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat. A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

(3) 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) est remplacée par la notion de Pratique Tarifaire maîtrisée.

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

Grille optique

	Typologie	BRSS	Code LPP		Sphère début	Sphère fin	Cylindre début	Cylindre fin	Garantie par verre
UNIFOCAUX	Adulte	2,29	2203240	verre blanc	-6,00	+6,00	-	-	63 €
	Adulte		2287916	verre teinté					
	Enfant	12,04	2261874	verre blanc	-6,00	+6,00	-	-	125 €
	Enfant		2242457	verre teinté					
	Adulte	4,12	2280660	verre blanc	+/-6,25	+/-10,00	-	-	95 €
	Adulte		2282793	verre blanc					
	Adulte		2263459	verre teinté					
	Adulte		2265330	verre teinté					
	Enfant	26,68	2243540	verre blanc	+/-6,25	+/-10,00	-	-	160 €
	Enfant		2297441	verre blanc					
	Enfant		2243304	verre teinté					
	Enfant	2291088	verre teinté						
	Adulte	7,62	2235776	verre blanc	+/-10,25	+/-20,00	-	-	95 €
	Adulte		2295896	verre teinté					
	Enfant	44,97	2273854	verre blanc	+/-10,25	+/-20,00	-	-	160 €
	Enfant		2248320	verre teinté					
	Adulte	3,66	2259966	verre blanc	-6,00	+6,00	+0,25	+4,00	63 €
	Adulte		2226412	verre teinté					
	Enfant	14,94	2200393	verre blanc	-6,00	+6,00	+0,25	+4,00	125 €
	Enfant		2270413	verre teinté					
Adulte	6,86	2284527	verre blanc	+/-6,25	+/-20,00	+0,25	+4,00	95 €	
Adulte		2254868	verre teinté						
Enfant	36,28	2283953	verre blanc	+/-6,25	+/-20,00	+0,25	+4,00	160 €	
Enfant		2219381	verre teinté						
Adulte	6,25	2212976	verre blanc	-6,00	+6,00	+4,25	+6,00	95 €	
Adulte		2252668	verre teinté						
Enfant	27,90	2238941	verre blanc	-6,00	+6,00	+4,25	+6,00	160 €	
Enfant		2268385	verre teinté						
Adulte	9,45	2288519	verre blanc	+/-6,25	+/-20,00	+4,25	+6,00	95 €	
Adulte		2299523	verre teinté						
Enfant	46,50	2245036	verre blanc	+/-6,25	+/-20,00	+4,25	+6,00	160 €	
Enfant		2206800	verre teinté						
MULTIFOCAUX (verres progressifs)	Adulte	7,32	2290396	verre blanc	-4,00	+4,00	-	-	145 €
	Adulte		2291183	verre teinté					
	Enfant	39,18	2259245	verre blanc	-4,00	+4,00	-	-	160 €
	Enfant		2264045	verre teinté					
	Adulte	10,82	2245384	verre blanc	+/-4,25	+/-20,00	-	-	145 €
	Adulte		2295198	verre teinté					
	Enfant	43,30	2238792	verre blanc	+/-4,25	+/-20,00	-	-	160 €
	Enfant		2202452	verre teinté					
	Adulte	10,37	2227038	verre blanc	-8,00	+8,00	+0,25	+6,00	160 €
	Adulte		2299180	verre teinté					
	Enfant	43,60	2240671	verre blanc	-8,00	+8,00	+0,25	+6,00	175 €
	Enfant		2282221	verre teinté					
	Adulte	24,54	2202239	verre blanc	+/-8,25	+/-20,00	+0,25	+6,00	160 €
	Adulte		2252042	verre teinté					
Enfant	66,62	2234239	verre blanc	+/-8,25	+/-20,00	+0,25	+6,00	175 €	
Enfant		2259660	verre teinté						

OBJET DE LA GARANTIE

La présente notice indique les conditions dans lesquelles Malakoff Médéric Prévoyance et Humanis Prévoyance, institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité sociale, **vous assure ainsi qu'à votre famille, conformément au titre VIII de la Convention Collective Nationale des Conseils d'Architecture, d'Urbanisme et de l'Environnement**, et en contrepartie de cotisations, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité. La nature et le niveau des prestations choisies par votre association sont précisés au tableau de garantie.

Malakoff Médéric Prévoyance et Humanis Prévoyance sont coassureurs de la garantie frais de santé pour une quote-part de 50% chacune. Chaque Institution est engagée à hauteur de sa seule quote-part.

Humanis Prévoyance, qui a recueilli l'adhésion de votre association, assume l'intégralité de la gestion du régime. Elle est ci-après dénommée l'Institution

CADRE JURIDIQUE

Les conditions contractuelles sont régies par la législation et la réglementation en vigueur à la date d'effet d'adhésion. Elles se conformeront à l'ensemble de la législation et de la réglementation sur le contrat responsable notamment à l'obligation de prise en charge d'au moins deux actes de prévention, conformément **aux dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871.2** du code de la Sécurité sociale.

En cas de changement de ce cadre juridique, les garanties seront révisées sans délai. Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions, le montant des prestations et leurs modalités de calcul, déterminés sur la base du régime, demeureront inchangés. Dès lors, les éventuelles conséquences financières du ou des changement(s) seront mises à la charge de l'association ou des bénéficiaires.

Toutes éventuelles taxes, contributions ou charges qui seraient dues au titre du régime seraient à la charge de l'association ou à votre charge.

QUI BENEFICIE DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTE ?

Vous-même

Vous devez être affilié au régime frais de santé ; vous devenez alors membre participant de l'Institution.

Vos ayants droit

Dès lors que vous êtes affilié au régime, deviennent également bénéficiaires des garanties, **à titre obligatoire, vos ayants droit**, sauf à justifier d'être couverts par ailleurs dans les conditions admises par la réglementation en vigueur (cf. article 5.3 de l'Accord conventionnel de prévoyance).

Les ayants droit couverts par le régime sont définis comme suit :

1. votre conjoint, non séparé de corps judiciairement, à défaut la personne avec laquelle vous êtes lié par un PACS (pacte civil de solidarité), ou à défaut votre concubin célibataire, veuf ou séparé de corps judiciairement sous réserve que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an, et que le domicile fiscal soit identique au vôtre. La condition de durée d'un an pour le concubinage est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union.
2. vos enfants, ceux de votre conjoint non séparé de corps judiciairement, ou partenaire lié par un PACS, ou concubin célibataire, veuf ou séparé de corps judiciairement, à votre charge fiscalement ou non imposables :
 - de moins de 18 ans,
 - de 18 ans et de moins de 26 ans en apprentissage, en contrat d'alternance ou de professionnalisation ou à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle emploi,
 - de 18 ans et de moins de 28 ans, non salariés et s'ils poursuivent leurs études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé.

La condition d'âge n'est pas exigée pour l'enfant reconnu en invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie au sens de l'article R541-2 du code de la sécurité sociale ou bénéficiant de l'allocation d'adulte handicapé et est titulaire de la carte d'invalidé civil, l'invalidité devant être reconnue avant le 26^{ème} anniversaire de l'enfant.

La détermination de la cotisation

Le montant de la cotisation due est variable selon le nombre de bénéficiaires remplissant les conditions définies cidessus, selon les structures de cotisation suivantes :

- salarié seul,
- couple (si vous n'avez qu'un seul ayant droit, conjoint ou enfant), - famille (si vous avez plusieurs ayants droit).

QUAND LA GARANTIE FRAIS DE SANTE PREND-ELLE EFFET ?

La prise d'effet de la garantie pour vous-même

Vous bénéficiez de la garantie, selon le cas :

- à la date d'effet de l'adhésion si vous êtes présent à l'effectif à cette date,
- à la date d'embauche postérieurement à la date d'effet de l'adhésion,
- au premier jour du mois civil qui suit la réception de la demande d'affiliation dans le cas où vous aviez demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation,

La prise d'effet de la garantie pour vos-ayants droit

Pour les membres de la famille répondant aux conditions requises ci-avant lors de votre affiliation, les garanties prennent effet à la même date.

Pour les membres de la famille venant à répondre à ces conditions postérieurement à votre affiliation (mariage, naissance ...), les garanties prennent effet, selon les situations :

- si vous êtes affilié selon la structure « famille » : à la date à laquelle l'ayant droit remplit ces conditions, vous demeurez affilié selon la structure « famille » ;
- si vous êtes affilié selon la structure « salarié seul » ou « couple » : à la date à laquelle l'ayant droit remplit ces conditions sous réserve que le formulaire d'affiliation soit reçu par l'Institution dans les 30 jours suivant l'évènement, à défaut au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception dudit formulaire. Cette nouvelle affiliation aura pour conséquence le passage de l'affiliation de la structure « salarié seul » vers « couple » ou « couple » vers « famille ».

Pour les ayants droits qui cessent de justifier d'une couverture frais de santé par ailleurs, les garanties prennent effet au premier jour du mois qui suit la réception de la demande d'affiliation.

La cessation de la garantie

La garantie cesse pour vous-même et votre famille au plus tard :

- à la date de suspension de votre contrat de travail sauf dans le cas prévu au paragraphe ci-dessous,
- à la date de votre radiation des effectifs de l'Association (sauf hypothèse du dispositif de portabilité prévu ci-dessous) ou de la catégorie de personnel affiliée,
- à la date d'expiration de la période de portabilité, dans le cas où vous bénéficiez de ce dispositif, exposé ci-dessous, - à la date de prise d'effet de la suspension ou résiliation de l'adhésion de votre employeur.

En dehors des cas prévus ci-dessus, la garantie cesse également pour les membres de votre famille : - à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions prévues pour être bénéficiaires.

La suspension du contrat de travail

Le bénéfice de la garantie est suspendu de plein droit pour les participants dont le contrat de travail est suspendu et pour leur famille. Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due, ni aucune prestation. La suspension intervient à la date de suspension du contrat de travail.

Le participant sera à nouveau garanti dès la reprise effective du travail dans l'association sous réserve que l'organisme assureur soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise. Dans le cas contraire, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la date de réception par l'organisme assureur de la déclaration faite par l'Association.

Toutefois, en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à rémunération ou indemnisation (maintien total ou partiel de salaire, indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'Adhérent), notamment en cas d'arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale, congé de maternité ou de paternité, la garantie est maintenue moyennant le versement par l'Association des cotisations correspondantes sur la base du dernier salaire d'activité (hors primes et éléments exceptionnels de rémunération).

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail la garantie peut être maintenue à la demande du participant, moyennant le versement des cotisations correspondantes sur la base du dernier salaire d'activité (hors primes et éléments exceptionnels de rémunération).

En cas de changement de garantie, le participant est couvert selon les nouvelles modalités contractuelles. En tout état de cause, la garantie cesse de s'appliquer en cas de cessation d'appartenance à l'Association et en cas de résiliation de l'adhésion au régime Frais de santé de l'Association.

Le dispositif de portabilité

Le dispositif de portabilité est régi par les dispositions de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale et s'applique pour toute cessation du contrat de travail prenant effet à compter du 1^{er} juin 2014 (date de fin de préavis même non effectué).

a) Conditions au maintien des garanties

Sous réserve pour le participant d'être éligible au dispositif de l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale, l'affiliation et par conséquent les garanties sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail à condition qu'elle ne soit pas consécutive à une faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

L'Adhérent doit adresser à l'Institution la demande nominative de maintien des garanties de l'ancien salarié. Il incombe à l'Adhérent d'informer le participant du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

b) Effet et durée du maintien des garanties

Les garanties sont maintenues 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, le maintien cesse de plein droit :

- à la reprise d'une nouvelle activité rémunérée de l'ancien salarié, que celle-ci donne droit ou non à des garanties de prévoyance complémentaire, dès lors qu'elle met fin au droit à indemnisation du régime d'assurance chômage ;
- en cas de cessation de paiement des allocations du régime d'assurance chômage pour tout autre motif (notamment en cas de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès) ;
- en cas de manquement par l'ancien salarié à son obligation de fourniture des justificatifs de prise en charge par le régime d'assurance chômage auprès de l'Institution,
- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion de l'entreprise.

En cas de fausse déclaration intentionnelle sur les conditions à remplir pour bénéficier du dispositif du maintien, la garantie accordée par l'Institution est nulle.

c) 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,
- l'attestation de paiement des allocations Chômage du mois correspondant à celui pour lesquelles les prestations sont dues.

L'ancien salarié doit également informer l'Institution sans délai de tout évènement ayant pour conséquence de faire cesser ses droits à maintien des garanties avant l'expiration de la période prévue, ceci afin d'éviter que des prestations ne soient indûment versées.

d) Garanties

Le participant bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail. Le maintien de garanties est accordé aux ayants droit qui étaient effectivement bénéficiaires à la date de cessation du contrat de travail du participant

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat intervenant durant la période de portabilité sont opposables aux bénéficiaires du maintien.

L'Adhérent s'engage à informer le participant de toute modification des garanties du régime qui interviendrait, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'Institution.

e) Financement

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations versées au titre des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de maintien de garanties sont couverts **sans paiement de cotisations** après la cessation de leur contrat de travail.

La garantie individuelle

Sous réserve d'être informée, par l'Adhérent, de la cessation du contrat de travail pour l'un des motifs ci-dessus, ou du décès du salarié, l'Institution adressera la proposition de maintien individuel de la couverture aux intéressés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité exposé ci-dessus, ou du décès du salarié.

Ils doivent en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le cas échéant la fin de la période du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité, ou le décès du participant.

La garantie individuelle prend effet au lendemain de la date d'envoi de la demande, le cachet de la poste faisant foi.

QUAND ET COMMENT NOUS INDIQUER LES BENEFICIAIRES ?

Vous devez nous indiquer, grâce aux formulaires mis à votre disposition, les bénéficiaires :

- lors de votre affiliation, - à chaque modification de votre situation de famille.

Quels documents joindre pour justifier la qualité de bénéficiaire ?

- une photocopie de **l'attestation** jointe à votre carte VITALE,
- une photocopie de **l'attestation** jointe à la carte VITALE pour chacun des bénéficiaires immatriculés personnellement à la Sécurité sociale,
- en cas de concubinage, une **attestation sur l'honneur** ; l'adresse figurant sur les attestations jointes aux cartes vitales doit être identique,
- en cas de PACS, une copie de la **convention de PACS**,
- pour les enfants de 18 à 26 ou 28 ans, une attestation certifiant que les enfants sont entièrement à votre charge fiscalement ou qu'ils sont non imposables, ainsi que :
 - o un **certificat de scolarité** ou photocopie du **contrat d'apprentissage ou du contrat de professionnalisation**,
 - o ou l'attestation d'inscription au Pôle Emploi.
- pour les enfants handicapés, une photocopie de la **carte d'invalidité** et de la **notification de la MDPH**.

En cas d'absence d'un de ces documents, les bénéficiaires concernés ne pourront pas être inscrits à la garantie frais de santé.

QUELS SONT LES REMBOURSEMENTS ?

La nature et le niveau des garanties sont précisés dans le tableau de garantie.

Les remboursements sont accordés pour les actes médicaux pris en charge par la garantie et relatifs à un accident, une maladie ou une maternité ayant donné lieu à remboursement de la Sécurité sociale pendant la période de garantie, la date de soins figurant sur le décompte de prestations de cet organisme faisant foi.

Humanis Prévoyance n'intervient pas sur les actes n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, sauf indications contraires mentionnées au tableau de garantie.

Toutefois, le poste « Médecine douce », qui correspond à des spécialités médicales non remboursées par la Sécurité sociale, peut être pris en charge par l'Institution selon la liste et les réserves suivantes :

- ostéopathie et chiropratique : le praticien doit être titulaire d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à la spécialité concernée, délivré par un établissement de formation agréé par le ministère chargé de la santé ou validé en France s'il a été délivré à l'étranger, dans le respect des lois et décrets qui régissent ces professions ;
- étiopathie, acupuncture : le praticien doit être reconnu professionnellement et habilité à réaliser de tels actes ; - psychomotricité : les actes doivent faire l'objet d'une prescription médicale.

Le nombre de séances remboursées au titre du poste « Médecine douce » est un nombre fixe annuel par bénéficiaire, utilisable au titre d'une seule spécialité ou de spécialités différentes.

Les prestations d'Humanis Prévoyance sont calculées en fonction de la codification des actes médicaux et du montant de base du remboursement de la Sécurité sociale et tiennent compte de la législation sociale en vigueur à la date des soins.

Le montant retenu pour les dépenses engagées est celui déclaré à la Sécurité sociale et figurant sur le décompte de prestations de cet organisme ou celui facturé aux bénéficiaires, en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale.

Les frais engagés d'une manière occasionnelle à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par la Sécurité sociale.

Pour le remboursement de vos dépenses engagées au titre du poste « frais d'optique », vous devez transmettre à Humanis Prévoyance une facture détaillée et acquittée des frais d'optique. En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, vous devez fournir une nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction ou la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction. Vous devez également transmettre à Humanis Prévoyance la prescription médicale de l'équipement précédent ou tout document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.

Si vous avez un litige avec la Sécurité sociale Humanis Prévoyance se conformera à la position de cet organisme.

Quelles sont les limites des remboursements ?

Sous réserve des évolutions légales ou réglementaires futures, **l'INSTITUTION ne rembourse pas :**

- **Conformément à l'article L. 160-13 II du Code de la Sécurité sociale, la participation forfaitaire due par le bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale. Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile**
- **Conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité sociale, la franchise applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D.160-9 du Code de la Sécurité sociale pour certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du Code de la Sécurité sociale).**
- **Conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, la majoration de la participation supportée par le bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.**
- **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 L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.**

Le total des remboursements d'Humanis Prévoyance, de la Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne peut excéder le montant des dépenses engagées.

Prise en charge optique :

Les garanties du contrat prévoient par ailleurs une prise en charge limitée à un équipement optique composé de deux verres et d'une monture, remboursé par la Sécurité sociale, 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.

JUSTIFICATIFS ET CONTROLE

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

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

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

Outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, le service médical de l'INSTITUTION se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du PARTICIPANT et de s'assurer du respect effectif des dispositions de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

L'INSTITUTION peut également demander tout renseignement ou pièce permettant d'établir la réalité du paiement des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après paiement des prestations, y **compris après résiliation du contrat.**

- 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 donneront pas lieu à prise en charge.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge

- Prises en charge ou non prises en charge par la Sécurité Sociale	
Maternité	Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou acte d'enfant sans vie
Adoption	Photocopie du certificat définitif d'adoption
Cure thermale	Facture acquittée du séjour

	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.

PRESCRIPTION

Les actions relatives au régime sont prescrites dans un délai de 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 Humanis Prévoyance 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 ignoré jusque là.

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

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

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 adressée, soit à l'employeur par l'organisme assureur en ce qui concerne l'action en paiement de la

cotisation, soit à l'organisme assureur par l'assuré, le bénéficiaire ou les ayants droit, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

SUBROGATION

Humanis Prévoyance est subrogée jusqu'à concurrence des prestations qu'elle a versées dans les droits et actions du participant contre les tiers responsables.

AUTORITE DE CONTROLE

Humanis Prévoyance est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75009 Paris.

RECLAMATIONS- MEDIATIONS

L'Institution met à la disposition de l'ADHERENT et des PARTICIPANTS la possibilité de contacter le « service Adhérent » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du contrat, à l'adresse suivante :

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

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'ADHERENT ou les Bénéficiaires, ou avec l'accord de celle-ci, l'Institution, peuvent saisir le Médiateur du Centre Technique des Institutions de prévoyance (CTIP), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

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

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

PROTECTION DES DONNES A CARACTERE 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 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à

l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004. Les données sont exclusivement communiquées aux différents services de l'Institution, et le cas échéant, à ses mandataires, ses réassureurs ou aux organismes professionnels concernés par le contrat.

Ces données sont conservées pour une durée n'excédant pas deux années après la fin de la relation contractuelle liant le participant et l'Institution.

Conformément aux dispositions légales précitées, le participant dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ses données à caractère personnel 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 des données le concernant. 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.

Le groupe Humanis prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer l'intégrité, la sécurité et la confidentialité des données à caractère personnel, conformément aux dispositions de la loi susmentionnée.

A QUI S'ADRESSER ?

A votre service du personnel :

- pour effectuer votre adhésion et toute modification de votre situation ;
- pour toutes questions concernant le paiement de vos cotisations ;
- pour toutes questions générales sur le régime.

A Humanis Prévoyance :

- Pour vos remboursements et vos demandes de prise en charge

HUMANIS PREVOYANCE

348 rue du Puech Villa - B.P. 7209 - Parc Euromédecine
34183 MONTPELLIER CEDEX 4



APPEL NON SURTAXE

- Pour toutes questions particulières sur le régime.

CONSULTATION DES DECOMPTES SUR WWW.ACCORD-DE-BRANCHE.HUMANIS.COM

Votre espace assuré vous permet :

- de consulter et suivre vos remboursements en direct,
- de télécharger vos décomptes mensuels en version -

électronique, d'effectuer une demande de prise en charge hospitalière,

- de faire part d'un changement de coordonnées (situation de famille, adresse, téléphone, coordonnées bancaires),
- de transmettre un devis dentaire ou optique.

Vous y découvrirez également des indications pratiques relatives à l'assurance maladie et à la complémentaire santé, ainsi qu'un ensemble d'informations liées à l'actualité du groupe.

Pour créer votre espace Assuré sécurisé sur accord-de-branche.humanis.com

munissez-vous de votre numéro d'assuré que vous trouverez sur votre carte Tiers Payant et sur vos décomptes de remboursements.

LES SERVICES D'HUMANIS PREVOYANCE

SERVICE 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 ainsi qu'à 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 la carte de tiers-payant ou 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.

TIERS PAYANT OPTIQUE

Le régime prévoit une prise en charge optique. Votre opticien adresse alors une demande de prise en charge au gestionnaire de ce service (par saisie sur site internet, à défaut par fax). Celui-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 par téléphone auprès de l'INSTITUTION au numéro figurant sur votre carte de tiers payant.

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).

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.

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

Votre décompte Sécurité Sociale 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 HUMANIS PREVOYANCE.

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 la Sécurité Sociale qui bénéficient d'un remboursement de notre part (ex. : orthodontie, prothèses dentaires, lentilles non remboursées).

Pour ces derniers, une facture doit obligatoirement être adressée à :

HUMANIS PREVOYANCE

348 rue du Puech Villa - B.P. 7209 - Parc Euromédecine
34183 MONTPELLIER CEDEX 4

Outre les documents visés précédemment, HUMANIS PREVOYANCE pourra, si cela s'avère nécessaire, demander des pièces complémentaires, en vue de votre indemnisation.

IMPORTANT

Pensez à avertir HUMANIS PREVOYANCE, le plus rapidement possible, lors de tout changement :

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

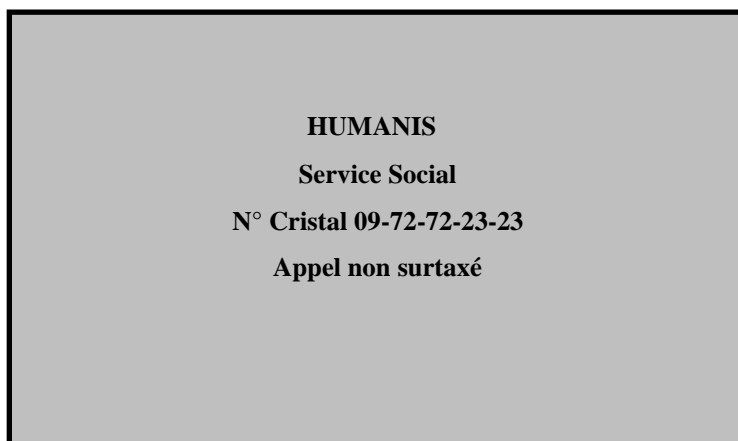
Pour obtenir une nouvelle carte d'assuré HUMANIS PREVOYANCE, retournez l'ancienne accompagnée d'une nouvelle demande de renseignements à **HUMANIS PREVOYANCE**.

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.



Malakoff Médéric Prévoyance

Institution de prévoyance
régie par le Code de la sécurité
sociale

21 rue Laffitte 75009 Paris
malakoffmederic.com

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

www.humanis.com