

Bureaux d'Etudes Techniques
Cabinets d'ingénieurs-conseils
Sociétés de conseils



FRAIS DE SANTÉ

NOTICE D'INFORMATION N° « NI-CCN BET-extension conjoint-FS-2016 » Maj 01.2017

CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE

« Extension conjoint »

SOMMAIRE

L'objet du contrat	5
Votre affiliation	5
Quand votre conjoint bénéficie t-il des garanties ?	6
Les cotisations	10
Les prestations	11
Quelles sont vos formalités déclaratives ?	15
Les généralités du contrat	19
Lexique	22
Annexe Garanties	

GLOSSAIRE

Dans cette notice, les termes suivants sont utilisés:

L'organisme assureur est l'opérateur qui garantit les risques souscrits. Il sera désigné par **nous**.

Les salariés sont les assurés bénéficiaires du contrat collectif obligatoire souscrit préalablement et qui demandent l'adhésion de leur conjoint dans le cadre du contrat. Ils seront désignés par **vous**.

Le **contrat de base** est le contrat collectif **obligatoire** que votre employeur a préalablement souscrit au bénéfice des salariés et de leurs enfants à charge.

Le **contrat « surcomplémentaire »** est le contrat collectif **facultatif** que votre employeur a potentiellement souscrit pour vous permettre de bénéficier d'un niveau de garanties supérieur à celui prévu par le contrat de base, pour vous-même, vos enfants à charge, et le cas échéant votre conjoint dès lors que ce dernier est affilié au titre du contrat.

Par portabilité de la couverture d'assurance il faut entendre le maintien des garanties frais de santé accordé aux anciens salariés demandeurs d'emploi et bénéficiaires de ce dispositif, dans les conditions prévues par l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

PREAMBULE

Ce document qui vous est remis par votre employeur, définit les dispositions réglementaires et contractuelles organisant les rapports entre votre entreprise, vous-même, et Humanis Prévoyance.

Si vous souhaitez de plus amples informations, adressez-vous à votre employeur qui tient l'ensemble des Conditions générales et documents contractuels à votre disposition.

Cette notice satisfait aux obligations d'information des assurés (article L.932-6 du Code de la sécurité sociale).

PARTIE A RENSEIGNER PAR L'ENTREPRISE :

Conditions de couverture **obligatoire** choisie par l'entreprise :

Structure de cotisation	Niveau de garanties
salarié et enfant(s) à charge	<input type="checkbox"/> soit, socle de base <input type="checkbox"/> soit, socle de base + surcomplémentaire « option 1 » <input type="checkbox"/> soit, socle de base + surcomplémentaire « option 2 »

INFORMATION POUR LE SALARIE :

La couverture surcomplémentaire à laquelle vous adhérez :

Structure de cotisation	Niveau de garanties choisi par l'entreprise à titre obligatoire	Niveau de garanties surcomplémentaire choisi par le salarié
Salarié et enfant(s) à charge + Conjoint (si adhésion du salarié au contrat collectif « extension conjoint »)	si socle de base	soit, surcomplémentaire « option 1 » soit, surcomplémentaire « option 2 »
	si socle de base + surcomplémentaire « option 1 »	surcomplémentaire « option 2 »
	si socle de base + surcomplémentaire « option 2 »	

IMPORTANT

Document à signer et à remettre à votre employeur

PARTIE A RENSEIGNER PAR LE SALARIE :

Je soussigné(e),

reconnais avoir reçu la notice d'information décrivant les garanties frais de santé souscrites par mon entreprise auprès de Humanis Prévoyance, dans le cadre d'un contrat collectif facultatif, **me permettant d'étendre ma couverture et celle de mes enfants à charge, à mon conjoint.**

À le

Signature :



L'objet du contrat

Le contrat est un **contrat d'assurance collectif à adhésion facultative**, souscrit par votre employeur auprès de 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 75 014 Paris.

Le contrat est dédié aux entreprises relevant de la Branche professionnelle suivante :

**« Bureaux d'Etudes Techniques, cabinets d'ingénieurs-conseils et sociétés de conseils. »
(IDCC 1486)**

Le contrat d'assurance collective a adhésion facultative est souscrit en complément du contrat « de base » et le cas échéant du contrat « surcomplémentaire ». Il organise la possibilité pour les salariés couverts à titre obligatoire de faire bénéficier leur conjoint du même niveau de garanties qu'eux-mêmes.

La présente notice vous indique les conditions dans lesquelles nous accordons à votre conjoint, le remboursement dans la limite des frais réellement engagés, de tout ou partie des frais de santé en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Les prestations sont indiquées au tableau de garanties joint à votre notice.

Le contrat répond aux critères qualifiant les contrats de « solidaires et responsables » par référence aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale, décrits au paragraphe « critères du contrat responsable ».

Humanis Prévoyance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout -75436 Paris CEDEX 09.

Votre affiliation

Quelles sont les modalités d'affiliation ?

Seuls les salariés couverts à titre obligatoire par le « contrat de base » peuvent adhérer au contrat « extension conjoint », afin d'en faire bénéficier leur conjoint. Toute disposition du « contrat de base » affectant les droits à garantie des salariés s'applique automatiquement et dans les mêmes conditions au conjoint bénéficiaire du contrat.

Vous pouvez demander l'affiliation de votre conjoint uniquement dans les six mois qui suivent :

- la date à laquelle vous êtes assurés par le contrat collectif à adhésion obligatoire (présent lors de la mise en place du contrat, ou ultérieurement embauche, promotion, dispense d'affiliation ayant pris fin),
- la date à laquelle les conditions requises sont remplies (mariage, PACS, concubinage),
- un changement de situation professionnelle de votre conjoint ayant pour conséquence qu'il cesse d'être couvert par un autre dispositif.

A cette fin, vous devez compléter et signer un bulletin individuel d'affiliation, en déclarant votre conjoint et en envoyant les pièces justificatives nécessaires s'il y a lieu.

Vous remettez votre bulletin à votre employeur qui s'engage à nous les faire parvenir dans les meilleurs délais.

Quels membres de votre famille peuvent bénéficier des garanties ?

La personne que vous pouvez affilier comme conjoint au sens du contrat, doit répondre à la définition suivante :

- le conjoint : l'époux (se) du salarié, non divorcé(e) ou non-séparé(e) de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation,
- le partenaire lié par un PACS : la personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7-1 du Code civil,
- le concubin : la personne avec laquelle le salarié vit en couple au sens de l'article 515-8 du Code civil, depuis au moins deux ans ou sans condition de durée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que les concubins soient tous les deux libres de tout engagement (ni mariés ni liés par un PACS), et que le concubinage fasse l'objet d'une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins.

Structure d'affiliation

La structure d'affiliation est :

- « CONJOINT »

Le bénéficiaire du contrat est votre conjoint.

Les cotisations seront déterminées en fonction de votre niveau de couverture (base obligatoire ou base + surcomplémentaire « option 1 » ou base + surcomplémentaire « option 2 »).

Quand votre conjoint bénéficie t-il des garanties ?

Quand prennent effet les garanties de votre conjoint ?

Sous réserve que votre demande d'affiliation nous parvienne dans les trente jours suivant l'un des évènements visés au paragraphe « votre affiliation / quelles sont les modalités d'affiliation ? », les garanties prennent effet à la date de l'évènement, c'est-à-dire selon le cas :

- la date d'effet du contrat,
- la date d'effet retenue pour votre affiliation au contrat collectif obligatoire,
- la date à laquelle votre conjoint répond à la définition (mariage, pacs, concubinage),
- la date à laquelle est intervenu le changement de situation professionnelle de votre conjoint.

Au delà du délai de 30 jours, les garanties prennent effet au premier jour du mois civil suivant la demande (sous réserve de la recevabilité de l'affiliation selon le délai fixé au paragraphe « votre affiliation / quelles sont les modalités d'affiliation ? »),

Les garanties sont acquises en contrepartie du paiement des cotisations, dans les conditions visées à la rubrique « Les cotisations ». Dans le cas où des prestations s'avèreraient avoir été versées alors que la cotisation correspondante n'a pas été payée, nous réservons le droit de vous en demander le remboursement.

Pour les anciens salariés en cours de portabilité à la date d'effet du contrat :

Si à la date d'effet du contrat « extension conjoint », vous êtes un ancien salarié disposant, en vertu de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, de droits à portabilité ouverts auprès d'un précédent organisme assureur et que ces droits bénéficiaient également à votre conjoint : le contrat « extension conjoint » assure la continuité de la portabilité pour la période de droits restant à courir, dès lors que vous continuez de justifier de l'ouverture de droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage et sous réserve toutefois que l'assureur précédent ne maintienne pas la couverture jusqu'à expiration de vos droits au dispositif de portabilité.

Faculté de renonciation

Vous pouvez, pour le compte de votre conjoint, renoncer au contrat, dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter de l'adhésion dudit conjoint.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception adressée à notre siège social suivant le modèle suivant : « *je soussigné(e)....., pour le compte de mon conjoint..... ayant les numéros de Sécurité sociale, déclare vouloir renoncer à l'affilier au contrat collectif à adhésion facultative frais de santé n°....., ayant pris effet le, et demande le remboursement de la cotisation déjà versée* ».

Le remboursement intégral de la cotisation éventuellement versée sera effectué dans les trente jours suivant la réception du courrier. Toutefois, si des prestations ont été accordées, celles devront nous être intégralement restituées préalablement.

La renonciation est définitive. Toute nouvelle adhésion n'est possible qu'à l'issue d'un délai de deux années civiles entre la renonciation et la nouvelle adhésion.

Faculté de dénonciation

En cas de modification apportée aux droits et obligations du contrat, vous avez la faculté de dénoncer l'affiliation de votre conjoint dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice d'information établie à cet effet.

En tout état de cause, vous pouvez dénoncer l'affiliation de votre conjoint, à chaque échéance annuelle du 31 décembre pour un effet au 1^{er} janvier de l'année suivante, par lettre recommandée avec avis de réception et en respectant un préavis de deux mois.

A titre dérogatoire, la dénonciation de l'affiliation de votre conjoint sera acceptée en dehors de l'échéance annuelle du 31 décembre, dans le cas où ces derniers se trouvent dans l'obligation d'être affiliés à un contrat « frais de santé » dans le cadre d'un régime obligatoire d'entreprise. Sous réserve de fournir une attestation de couverture obligatoire établie par l'assureur, la dénonciation prendra effet à la fin du mois civil au cours duquel la demande est reçue par nos services.

La dénonciation est définitive pour votre conjoint. Toute nouvelle adhésion n'est possible qu'à l'issue d'un délai de deux années civiles entre la dénonciation et la nouvelle adhésion.

Quand cessent les garanties de votre conjoint ?

La couverture facultative de votre conjoint étant subordonnée à votre propre couverture obligatoire « contrat de base », votre conjoint cesse de bénéficier des garanties dans les mêmes conditions que vous-même, c'est-à-dire pour mémoire :

- à la date d'effet de la résiliation dudit contrat de base obligatoire,
- pendant les périodes de suspension de votre contrat de travail, sauf dispositions du paragraphe intitulé « Que se passe-t-il en cas de suspension de votre contrat de travail »,
- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir à la catégorie de personnel assurée, sauf en cas de maintien des garanties dans le cadre de la portabilité,

- à la date à laquelle vous cessez de remplir les conditions permettant de bénéficier du maintien des garanties au titre de la portabilité, dans la limite fixée par celle-ci,
- à la date d'effet de la retraite de la sécurité sociale (sauf dans le cas de cumul emploi-retraite),
- à la date de votre décès.

Les garanties cessent en outre :

- au 31 décembre de l'exercice au cours duquel vous dénoncez l'affiliation de votre conjoint, dans les conditions exposées précédemment (rubrique « Dénonciation de l'affiliation »),
- à la date à laquelle le conjoint ne répond plus aux conditions requises (rubrique « Quels membres de votre famille peuvent bénéficier des garanties ? ») ;
- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions précisées à la rubrique « Les cotisations ») ;
- à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance « extension conjoint ».

Que se passe-t-il en cas de suspension de votre contrat de travail ?

Les garanties et leurs évolutions continuent à s'appliquer à votre conjoint, selon le même principe que pour vos propres garanties « contrat de base », c'est-à-dire dans le cas où votre contrat de travail est suspendu, pendant les périodes suivantes :

- période de suspension inférieure à un mois civil entier (la cotisation est due par mois civil entier),
- maintien total ou partiel du salaire ;
- arrêt de travail donnant lieu à indemnités journalières de sécurité sociale et/ou complémentaire, ou à une rente d'invalidité au titre du régime de prévoyance.

Les garanties sont maintenues tant que vous faites partie des effectifs de l'entreprise. Les cotisations sont intégralement dues dans les mêmes conditions que si vous étiez en activité.

Dans tout autre cas de suspension du contrat de travail, les garanties sont suspendues pour votre conjoint. Toutefois, nous vous rappelons qu'au titre du « contrat de base », vous pouvez demander le maintien de la couverture pendant ces périodes de suspension des garanties. Si vous faites jouer cette faculté, alors votre demande de maintien des garanties vaudra pour vous-même et pour votre conjoint. Cette faculté s'exerce dans les conditions suivantes :

- pour être recevable, la demande doit être faite au plus tard dans les trente jours suivant le début de la période de suspension ;
- vous pouvez renoncer à votre demande, dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter de sa prise en compte ; cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception adressée à notre siège social, suivant le modèle suivant : « *Je soussigné(e)....., ayant le numéro de Sécurité sociale....., déclare renoncer au maintien individuel pendant la suspension de mon contrat de travail, ayant pris effet le et demande le remboursement de la cotisation déjà versée* » ; le remboursement intégral de la cotisation éventuellement versée sera effectué dans les trente jours suivant la réception du courrier, sous réserve de la restitution préalable des prestations qui auraient été versées entre-temps ;
- les cotisations sont payables mensuellement d'avance dans les dix premiers jours de chaque mois civil, par prélèvement automatique sur votre compte (compte bancaire ouvert en France) et à ce titre, vous nous remettez un relevé d'identité bancaire et un mandat de prélèvement SEPA ; vous êtes le seul responsable du paiement des cotisations ;
- à défaut du paiement de l'intégralité des cotisations dans les conditions énoncées ci-dessus, une mise en demeure de paiement chiffrée vous est adressée par lettre recommandée ; si le paiement n'est toujours pas intervenu, le maintien de couverture est suspendu trente jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, puis est résilié dix jours après la date d'effet de la suspension ; la résiliation est définitive (vous ne pourrez bénéficier à nouveau des garanties que lorsque vous réintègrerez la catégorie de personnel assurée par le contrat d'assurance, à l'issue de la période de suspension du contrat de travail).

Que se passe t-il en cas de cessation du contrat de travail ? Le dispositif de portabilité

En cas de cessation de votre contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, non consécutive à une faute lourde, vous bénéficiez du maintien de vos garanties, conformément aux dispositions de L.911-8 du Code de la sécurité sociale ; aucune cotisation n'est à votre charge pendant la période de maintien. Ce maintien est également accordé à votre conjoint qui bénéficiait effectivement des garanties à la date de la cessation de votre contrat de travail.

Les droits à garanties doivent avoir été ouverts avant la cessation de votre contrat de travail. Le maintien de vos garanties prend effet au lendemain de la date de la cessation de votre contrat de travail.

Vous êtes tenu de nous remettre, les éléments suivants :

- la demande nominative de maintien des garanties,
- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif de votre prise en charge par le régime d'assurance chômage. Le cas échéant, mensuellement, l'attestation de versement des allocations chômage,
- l'information relative à toute modification de votre situation entraînant la cessation du maintien des garanties,
- les dates de début et de fin de la période de maintien.

La durée du maintien des garanties est égale à celle de l'indemnisation chômage, dans la limite de la durée de votre dernier contrat de travail ou de la durée totale de vos contrats successifs chez un même employeur, appréciée en mois et le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois.

En cas de modification du contrat d'assurance, les modifications de garanties vous sont appliquées ainsi qu'à votre conjoint.

Le maintien des garanties cesse à :

- la date de cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage,
- l'issue de la durée de maintien à laquelle vous avez droit et ce, dans la limite de douze mois,
- la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance.

Toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des garanties.

Maintien individuel des garanties à votre conjoint hors portabilité

Si vous venez à décéder, votre conjoint bénéficiaire pourra demander à bénéficier, dans le respect des engagements visés à l'article 2 de l'annexe 3 à l'accord frais de santé :

- du maintien des garanties frais de santé définies au contrat (Loi Evin),
- ou
- de garanties frais de santé adaptées à leur nouvelle situation.

Votre conjoint devra nous faire part de son choix par écrit.

Quel que soit le choix retenu :

- aucune formalité médicale ou période probatoire ne sera requise,
- la demande de souscription devra être faite **dans les six mois** suivant l'évènement ouvrant droit au présent maintien individuel.

L'information de votre décès par l'intermédiaire de votre employeur nous permettra d'adresser la proposition de couverture à votre conjoint.

La demande de souscription prendra effet au plus tard au lendemain de la demande.

Le maintien des présentes garanties

Dans le cadre du maintien des garanties du contrat, le maintien à titre gratuit **cesse au terme d'une période de 12 mois** à compter de l'évènement ouvrant droit au présent maintien individuel. A l'issue de la période de 12 mois précitée votre conjoint bénéficie du tarif applicable prévu par l'accord de branche.

La souscription d'un contrat adapté à leur nouvelle situation

Nous proposerons à votre conjoint un contrat tenant compte à la fois de leurs besoins en matière de frais de santé et de leurs ressources.

Le montant des cotisations sera alors fonction du niveau de garanties choisies et de l'âge des bénéficiaires.

Les cotisations

Montant et révision des cotisations

Les cotisations acquittées au titre de l'adhésion de votre conjoint sont exprimées en forfait mensuel en euros, non proratisable.

Les taux de cotisation peuvent évoluer, notamment au 1^{er} janvier de chaque année. Cette évolution se fait en fonction du rapport sinistre/prime (adéquation des charges et des ressources) en tenant compte notamment de l'évolution de la consommation médicale totale, de l'évolution démographique, des résultats techniques mutualisés et perspectives pour l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre de la branche.

Comment s'effectue le paiement des cotisations ?

L'entreprise détermine lors de la souscription du contrat, les modalités de paiement des cotisations.

Le paiement se fait au choix de l'entreprise :

- soit directement par vous,
- soit au moyen d'un précompte directement par elle-même.

Païement des cotisations par l'assuré

Les cotisations afférentes à votre adhésion et, le cas échéant, celle de votre conjoint sont payables directement par vous, mensuellement d'avance dans les dix premiers jours de chaque mois civil, par prélèvement automatique sur votre compte bancaire.

Vous êtes seul responsable du paiement des cotisations. A ce titre, vous devez nous remettre un relevé d'identité bancaire et un mandat de prélèvement SEPA.

Les cotisations sont calculées sous forme de forfait mensuel non proratisable :

- en cas d'affiliation en cours de mois, les cotisations sont dues à partir du premier jour du mois civil suivant,
- en cas de radiation en cours de mois, les cotisations sont dues pour le mois en cours.

Aucune cotisation n'est due pendant les périodes de maintien de garantie « portabilité ».

Païement des cotisations par l'entreprise (précompte)

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu dans les quinze premiers jours de chaque trimestre civil.

Les cotisations sont calculées sous forme de forfait mensuel non proratisable :

- en cas d'affiliation en cours de mois, les cotisations sont dues à partir du premier jour du mois civil suivant,
- en cas de radiation en cours de mois, les cotisations sont dues pour le mois en cours.

Aucune cotisation n'est due pour les anciens salariés bénéficiant du maintien de garantie « portabilité ».

Recouvrement des cotisations

Païement des cotisations par l'assuré

A défaut de paiement de l'intégralité de vos cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure de paiement chiffrée vous est adressée par lettre recommandée avec avis de réception.

Si le paiement n'est pas intervenu quarante jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, vous et votre conjoint êtes radiés.

Les cotisations antérieures à la date de radiation restent dues. Nous avons la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous les moyens de droit, les frais étant intégralement à votre charge.

La radiation pour défaut de paiement est définitive.

Païement des cotisations par l'entreprise (précompte)

L'entreprise est responsable du paiement des cotisations. A ce titre, elle procède elle-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues sur le bordereau d'appel.

A défaut de paiement de l'intégralité des cotisations dans les quinze premiers jours de chaque trimestre civil, une mise en demeure de paiement chiffrée est adressée par lettre recommandée avec avis de réception.

Si le paiement n'est pas intervenu, nous nous réservons le droit :

- de suspendre les garanties trente jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure,
- de résilier le contrat dix jours après la date d'effet de la suspension.

Les prestations

Quelles sont les prestations ?

Le niveau des prestations est décrit au tableau de garanties ; le tableau précise si les prestations sont exprimées en incluant les garanties de base (cumul base + surcomplémentaire), ou en indiquant uniquement la part surcomplémentaire.

Le contrat prend en charge, dans la limite du niveau de garanties, le remboursement :

- de frais restant à votre charge après remboursement de la Sécurité sociale pour les actes faisant l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale,
- de soins médicalement prescrits à caractère thérapeutique, non pris en charge par la Sécurité sociale, le cas échéant prévus au tableau de garanties,
- de soins pris en charge dans le cadre de forfaits spécifiques, le cas échéant prévus au tableau de garanties,
- de dépenses de prévention, le cas échéant prévues au tableau de garanties.

Pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale : le niveau des prestations est établi en fonction de la codification des actes médicaux, du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (base du remboursement de la Sécurité sociale ou ticket modérateur), et de la législation 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 qui vous est facturé, en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie. La date des soins retenue est celle prise en compte par la Sécurité sociale, ou celle de facturation pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale.

Les demandes de prestations doivent nous être adressées dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.

Si le contrat prévoit un forfait « médecine douce » ou « médecine alternative », sont uniquement concernées les dépenses de santé engagées dans les conditions suivantes :

- les dépenses concernées : l'ostéopathie et la chiropractie, ainsi que les spécialités médicales non remboursées par la Sécurité sociale énumérées ci-après : pédicure-podologue, acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien et tabacologue,
- les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathe dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Ils doivent faire enregistrer leur(s) diplôme(s) au sein du répertoire d'automatisation des listes (n°ADELI), système prévu par le Code de la santé publique,
- les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de Chiropraticiens, ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens, et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC). Ils doivent faire enregistrer leur(s) diplôme(s) au sein du répertoire d'automatisation des listes (n°ADELI), système prévu par le Code de la santé publique,
- les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins et titulaires d'un diplôme d'Etat appelé « capacité de médecine en acupuncture » ou des sages-femmes titulaires d'un diplôme interuniversitaire,
- le remboursement est conditionné à la présentation d'une facture établie par le praticien mentionnant le diplôme de celui-ci. Dans ce cas le remboursement sera réalisé sur la base du tarif de consultation d'un médecin généraliste conventionné, dans le cadre normal du parcours de soins.

Si le contrat prévoit un forfait au titre de dépenses de pharmacie ne faisant pas l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale, les conditions suivantes s'appliquent :

- dépenses concernées : médicaments, vaccins, contraception, sous réserve d'avoir été prescrits médicalement,
- la facture doit être nominative et préciser le bénéficiaire du traitement ainsi que le nom du/des médicament(s) ;
- pour le forfait contraception, le remboursement est effectué sur présentation de la facture des achats effectués en pharmacie et faisant partie de la liste suivante : pilule contraceptive, patch contraceptif, anneau vaginal, cape cervicale, diaphragme, préservatif masculin et féminin ;

Si le contrat prévoit un forfait au titre de l'orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale : le forfait permet de couvrir les frais orthodontiques non remboursés par la Sécurité sociale, à savoir les frais engagés lors d'un traitement orthodontique ayant débuté après le 16^{ème} anniversaire. Le remboursement est pris en charge sur présentation d'une facture établie par le praticien au nom du bénéficiaire. Au-delà de 25 ans, la prise en charge des actes orthodontiques est soumise à l'avis du dentiste consultant de l'organisme assureur.

Quelles sont les limites de remboursement ?

Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne donnent pas lieu à remboursement de notre part, conformément à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale.

Le total de nos remboursements, de ceux de la Sécurité sociale et ceux 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 telles que définies au paragraphe intitulé « *Quelles sont les prestations ?* » ci-dessus.

Les forfaits ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Ainsi, un forfait non utilisé sur une année ne sera pas reporté sur l'année suivante.

Critères du contrat responsable

Les garanties de votre contrat respectent les obligations minimales et maximales légales et réglementaires de prise en charge conformément aux dispositions du contrat responsable prévues aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale et de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code.

Les garanties et niveaux de remboursement de votre contrat seront adaptés en fonction des éventuelles évolutions législatives et réglementaires régissant « la couverture minimale » et/ou « les contrats responsables ».

Ainsi, le contrat assure obligatoirement :

- la prise en charge du **ticket modérateur** pour l'ensemble des dépenses de santé, à l'exception des frais de cures thermales, des médicaments remboursés à 30 % et à 15 % et de l'homéopathie. Il couvre notamment à hauteur du ticket modérateur l'ensemble des actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale,
- la prise en charge intégrale du **forfait journalier hospitalier**, sans limitation de durée,
- la prise en charge des **frais dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale** dans le respect du plancher de remboursement prévu par la réglementation,
- la prise en charge **des équipements optiques**, dans le respect de planchers et plafonds de remboursement prévus par la réglementation.

La prise en charge d'un équipement optique est composée d'une monture et deux verres, tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les assurés mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle.

La périodicité de deux ans ou d'un an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge au titre de votre garantie. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du 1^{er} élément de l'équipement (monture ou verres).

L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie, soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la sécurité sociale.

Sous réserve que le contrat prévoit le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, il respecte les plafonds de prise en charge prévus par la réglementation

Toutefois, le contrat ne prend pas en charge :

- la participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale,
- la majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré en cas de consultations ou visites d'un médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités,
- les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonnés).

Libre choix de l'assuré

Nous pouvons passer des conventions particulières avec les praticiens et les établissements. Toutefois, vous, vos enfants à charge et votre conjoint conservez le libre choix du praticien et le libre choix de l'établissement de soins, à condition que celui-ci soit agréé par la Sécurité sociale.

Réseau optique

Nous avons conclu un accord auprès d'opticiens constituant un réseau optique pouvant vous permettre ainsi qu'à votre conjoint de bénéficier d'avantages lorsque les dépenses sont engagées au sein de ce réseau.

Dans le cadre du réseau optique, les tarifs pratiqués respectent les seuils des contrats responsables tels que mentionnés à l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Les prestations hors réseau et dans le réseau ne sont pas cumulables. Un seul des forfaits peut être utilisé dans les limites précisées au tableau de garanties.

La liste des opticiens appartenant à notre réseau optique est disponible sur notre site internet <http://entreprises.humanis.com/>.

Tiers payant

Le service de tiers payant vous permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant (dispense d'avance de frais) sur les actes pratiqués par les professionnels de santé au moins à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Au-delà, le bénéfice du tiers-payant peut être conditionné au respect par le professionnel de santé de tarifs maximum ainsi que des tarifs contractuels, le cas échéant, dans des réseaux.

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 devez donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Si vous n'utilisez pas la carte de tiers-payant ou vous vous voyez refuser ce service par le professionnel de santé vous devez demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursés par les Organismes assureurs.

Il est rappelé que la carte de tiers payant délivrée par l'assureur doit lui être restituée sans délai lorsque vous cessez de bénéficier du contrat.

Votre attestation de tiers-payant est téléchargeable sur le site visalta-verspieren.com

Contrôle médical

Nous pouvons effectuer un contrôle pour toutes demandes concernant les prestations notamment pour les garanties dentaire ou optique avant ou après le paiement des prestations.

Nous pouvons avoir recours à une expertise médicale effectuée par un professionnel de santé de notre choix, dont les honoraires sont à notre charge. Si vous ou votre conjoint refusez de vous soumettre à cette expertise, la prise en charge des actes, prescriptions et généralement toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise, sera suspendue.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, vous devrez adresser à notre médecin conseil, dans les trente jours suivant la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre des éléments médicaux argumentés.

Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal de grande instance de votre résidence, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que les frais de sa désignation sont supportés, à parts égales, par les deux parties.

Quelles sont vos formalités déclaratives ?

Quand et comment nous déclarer votre conjoint ?

Vous devez déclarer votre conjoint, grâce au « bulletin individuel d'affiliation » :

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

Vous devez joindre une photocopie de l'attestation carte Vitale délivrée par votre caisse primaire d'assurance maladie.

De plus, pour justifier la qualité de conjoint, vous devez joindre les pièces suivantes :

- une photocopie de l'attestation jointe à la carte vitale pour votre conjoint immatriculé personnellement à la Sécurité sociale.
- en cas de pacs, une copie de la convention de pacs,
- en cas de concubinage, une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins et tout justificatif de domicile commun.

En cas d'absence d'un de ces documents, votre conjoint ne pourra pas bénéficier de votre garantie frais de santé.

Comment obtenir un remboursement ?

Pour obtenir le premier remboursement, votre demande d'affiliation doit nous avoir été adressée par votre employeur.

Pour votre conjoint sous votre numéro de Sécurité sociale

Il existe une procédure de traitements automatiques des remboursements (télétransmission NOEMIE) entre la Sécurité sociale et nous. Cette procédure vous permet, ainsi qu'aux membres de votre famille indemnisés sous votre numéro de Sécurité sociale, de ne rien nous adresser, sauf demande expresse, dès lors que la demande de remboursement a été adressée à la Sécurité sociale.

Pour s'assurer que vous n'avez rien à nous adresser, vous devez vérifier que la mention « décompte transmis à votre organisme complémentaire », ou une formule similaire, est indiquée sur votre décompte de la Sécurité sociale.

Si ce n'est pas le cas, vous devrez adresser l'original du décompte de la Sécurité sociale pour notre remboursement à l'adresse suivante : VERSPIEREN, Services Frais de Santé, BP30200, 59446 Wasquehal Cedex.

Vous êtes tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de nous fournir les déclarations et pièces justificatives listées ci-après.

Si, vous n'avez pas adressé de demande de remboursement à la Sécurité sociale, par exemple parce que vous n'avez acquitté que le ticket modérateur, vous devez nous adresser votre reçu des sommes acquittées pour votre remboursement.

Les demandes de prestations doivent nous être adressées dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.

Si, en changeant de domicile, vous changez de caisse primaire d'assurance maladie, vous devez nous adresser une photocopie de votre nouvelle attestation de carte vitale pour continuer à bénéficier de la procédure NOEMIE.

Pour votre conjoint ayant son propre numéro de Sécurité sociale

Vous devez déclarer sur votre bulletin individuel d'affiliation si ces derniers sont affiliés ou non par un autre organisme complémentaire.

La télétransmission n'est pas opérationnelle pour :

- les conjoints déjà bénéficiaires de la télétransmission dans le cadre d'un autre contrat.
- certains régimes autres que le régime général ;

Dans ces cas, vous devrez adresser l'original du décompte de la Sécurité Sociale pour notre remboursement à l'adresse suivante : VERSPIEREN, Services Frais de Santé, BP30200, 59446 Wasquehal Cedex.

Nos accords de télétransmission s'étendent aux régimes sociaux suivants :

- Régime Général : Toutes les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), exceptées celles de Guyane et de Cayenne ;
- Régimes Spéciaux :
 - o RAM, RSI, GAMEX, CFE, CNMSS, MGEN, MFP Services, MSA ;
 - o Mutuelles étudiantes : SMEREP, LMDE, SMENO, SMERRA, SMEBA, MEP.

Les justificatifs à transmettre pour vous faire rembourser :

Domaine de soins		Prise en charge par le régime obligatoire	Origine de l'information des soins	Justificatifs à transmettre à Verspieren
Hospitalisation	Avec séjour	Oui	Facture	Volet AMC original (en hospitalisation non conventionnée, fournir les factures originales de l'établissement + décompte du régime obligatoire)
	Avec ou sans séjour		Régime obligatoire (télétransmission ou décompte)	Volet AMC original pour de l'hospitalisation ou avis des sommes à payer et attestation de paiement
				Copie de la facture ou de la feuille de soins si pas d'hospitalisation
Frais d'accompagnement		Non	Facture	Facture originale
Auxiliaires Médicaux		Oui	Régime obligatoire (télétransmission ou décompte)	Copie de la facture si dépassement et garantie supérieure au ticket modérateur
Appareillage		Oui	Régime obligatoire (télétransmission ou décompte)	Copie de la facture si dépassement et garantie supérieure au ticket modérateur

Dentaire	Orthodontie	Oui	Régime obligatoire (télétransmission ou décompte)	Echéancier si écart supérieur à 1 mois entre deux périodes successives
		Non	Facture	Facture originale obligatoire en fin de période. Echéancier si écart supérieur à 1 mois entre deux périodes successives
	Prothèses dentaires	Oui	Régime obligatoire (télétransmission ou décompte)	Copie de facture
		Non	Facture	Facture originale
	Implantologie	Non		
Optique	Monture et Verres	Oui	Régime obligatoire (télétransmission ou décompte)	Facture détaillée et acquittée En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : -Soit nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction, -Soit prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction, -Et prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.
		Oui	Régime obligatoire (télétransmission ou décompte)	Copie de la Facture
	Lentilles			
	Chirurgie réfractive	Oui	Régime obligatoire (télétransmission ou décompte)	Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré
Médecine alternative		Non	Facture	Facture originale

Tiers payant généralisé	Pharmacie, analyses, imagerie médicale, transport, auxiliaires médicaux	Oui	Facture	Règlement si pas de refus de télétransmission Décompte du régime obligatoire ou avis autre complémentaire si refus de télétransmission
Actes non pris en charge par la Sécurité Sociale		Non	facture	Facture originale

Comment consulter vos remboursements ?

LES DÉCOMPTES

Après avoir renseigné votre adresse e-mail sur le site Visalta, rubrique Mon profil, vous recevrez les décomptes frais de santé directement par e-mail, quel que soit le montant remboursé. Si vous ne souhaitez pas recevoir vos avis de remboursement électroniques, vous continuerez à les réceptionner par courrier, tous les mois, sous réserve d'un remboursement minimum.

Si vous ou votre conjoint bénéficiez d'une sur-complémentaire santé en plus de Verspieren, ne demandez pas vos décomptes par e-mail car vous aurez besoin du décompte papier pour vous faire rembourser par votre sur-complémentaire.

LES ALERTES SMS

Soyez informés en temps réel de vos remboursements importants ! Après avoir renseigné votre numéro de téléphone portable sur le site Visalta, rubrique Mon profil, vous recevrez une alerte SMS lorsque des prestations importantes vous seront versées.

A qui adresser vos courriers ?

Tous les courriers doivent être adressés à votre centre de gestion dont l'adresse figure sur votre carte de tiers payant santé. Vous êtes tenu de nous signaler tout changement d'adresse et de coordonnées bancaires ou postales.

L'application VISALTA

PRATIQUE : L'APPLICATION VISALTA SUR IPHONE ET SA VERSION WEB MOBILE SUR ANDROÏD

Gratuite, elle vous permet de vous connecter à Verspieren à n'importe quel moment, où que vous soyez !

- **Trouvez rapidement un professionnel de santé** (pharmacie, opticien, dentiste...) partout en France.
- **Consultez vos remboursements frais de santé** : date de règlement, type d'acte, montant remboursé par la Sécurité sociale et par Verspieren.
- **Accédez à vos informations personnelles** : coordonnées, bénéficiaires, RIB et garanties.
- **Contactez rapidement Verspieren** par e-mail ou par téléphone.

Pour télécharger l'application, flashez l'image ci-dessous avec votre iPhone ou recherchez «Visalta » sur l'App Store.



Si vous n'avez pas d'iPhone, vous pouvez consulter le site en version web mobile en vous rendant sur le site Visalta à partir de votre smartphone.

Les généralités du contrat

Pièces justificatives

Le paiement de nos prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives. Nous pourrions demander la transmission des originaux de toutes pièces permettant de justifier la dépense réelle engagée afin de contrôler la réalité et le montant des prestations.

Dans l'attente de l'obtention de ces pièces, nous nous réservons le droit de suspendre le remboursement des prestations.

Si nous avons déjà procédé au remboursement, nous serons fondés à l'issue du contrôle à demander la restitution des sommes réglées indûment.

Prescription

Les actions relatives au contrat souscrit par votre employeur 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où nous en avons 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 vous, votre entreprise ou le bénéficiaire intentez une action en justice à notre encontre et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à votre encontre, celle de votre entreprise ou du bénéficiaire ou a été indemnisé par vos soins, votre entreprise ou le bénéficiaire.

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 (article 2240 du Code civil),
- la demande en justice, même en référé (article 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 soit que nous vous adressons en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que vous ou votre conjoint nous adressez en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Mobilité des assurés à l'étranger

Les garanties sont acquises aux bénéficiaires du contrat et notamment si :

- vous résidez en France et exercez votre activité sur le territoire français,
- vous résidez en France et exercez votre activité professionnelle à l'étranger dans le cadre d'un déplacement professionnel de moins de trois mois ou à l'occasion d'un détachement au sens de la Sécurité sociale française,
- vous résidez à l'étranger et exercez votre activité professionnelle sur le territoire français et que vous êtes affiliés au régime de Sécurité sociale française.

Les soins effectués à l'étranger seront remboursés en complément des prestations versées par la Sécurité sociale française et effectués en euros, selon les garanties prévues au contrat. Dans le cadre de la différenciation des prestations entre les honoraires déclarés « dans le cadre des dispositifs de pratique

tarifaire maîtrisée « et « hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée », les actes effectués à l'étranger seront remboursés à hauteur des niveaux de remboursement « hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée » indiqués dans le tableau de garanties.

Ces garanties s'exercent également si vous êtes en déplacement de moins de trois mois, en dehors du territoire français, dans le cadre d'un séjour privé.

Les soins effectués à l'étranger sont remboursés à la double condition :

- d'avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale française,
- d'avoir été engagés de manière inopinée et non programmée (soins urgents).

En tout état de cause, le remboursement ne pourra être inférieur aux conditions de prise en charge minimales définies par la réglementation au titre du Contrat Responsable.

Subrogation

Lorsque l'assuré est atteint d'une affection ou est victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, nous disposons d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur.

L'assuré atteint de blessures imputables à un tiers et/ou vous le cas échéant, vous devez nous en informer lors des formalités de demande de prestations.

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, nous n'avons pas pu faire valoir nos droits, nous disposons d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

A qui vous adresser en cas de réclamation-médiation ?

L'Organisme assureur met à la disposition de l'Adhérent et des assurés la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent régime, à l'adresse suivante :

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

A compter de la réception de la réclamation, l'Organisme assureur 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'Organisme assureur 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'Organisme assureur et après épuisement des voies de recours internes, l'entreprise, l'assuré, les bénéficiaires ou les ayants droit, ou avec l'accord de ceux-ci, l'Organisme assureur, peuvent saisir le Médiateur de la protection sociale, sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

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

L'avis du médiateur est remis aux parties dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet. Ce délai peut être prolongé par le médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de médiation du CTIP disponible sur le site internet susvisé.

Protection des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel concernant l'assuré sont collectées et traitées pour les besoins de la gestion du présent 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'Organisme assureur, 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 l'assuré et l'Organisme assureur.

Conformément aux dispositions légales précitées, l'assuré 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 de l'assuré 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.

Prospection commerciale par voie téléphonique

L'assuré 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 présent contrat est en cours, cette inscription n'interdit pas à l'Organisme assureur de démarcher téléphoniquement l'assuré si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de l'Organisme assureur, à l'adresse mentionnée à l'article « Protection des données à caractère personnel », à l'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de prospection notamment commerciale en application de la loi dite « Informatique et Libertés » n°78-17 du 06/01/1978.

Contrôle de l'organisme assureur

Nous sommes soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - ACPR 61 rue Taitbout, 75436 Paris CEDEX 09.

Lexique

Actes techniques médicaux

Participation forfaitaire, prévue à l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale, à votre charge pour certains actes ou consultations pris en charge par l'assurance maladie et réalisés par un médecin en ville ou dans un établissement de santé (à l'exclusion notamment des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale.

Acupuncture

Il s'agit d'un traitement par implantation d'aiguilles visant à fluidifier la circulation de l'énergie dans le corps.

Base de remboursement

Il s'agit du tarif de base déterminé par la Sécurité sociale française et pris en compte pour le calcul du remboursement des actes médicaux effectués par des praticiens conventionnés ou non conventionnés.

Chiropractie

Il s'agit d'une médecine naturelle qui a pour objet de diagnostiquer, traiter ou prévenir les troubles musculaires en se concentrant principalement sur la manipulation des terminaisons nerveuses.

Contrat d'accès aux soins

Le contrat d'accès aux soins a été mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale. Il a pour objectif principal d'améliorer l'accès aux soins, en incitant les médecins de secteur 2 à modérer leur pratique tarifaire, et en améliorant la prise en charge de leurs patients qui seront remboursés sur la base des tarifs du secteur 1.

En effet, le contrat aligne, au même niveau, les bases de remboursement des médecins des secteurs 1 et 2. Ainsi, pour une consultation de spécialiste de secteur 2 facturée 40 euros, le reste à charge du patient doit s'élever à 12 euros dans le cadre du contrat d'accès aux soins (contre 17 euros hors contrat), cette consultation étant remboursée sur la base de 28 euros (contre 23 euros auparavant).

Le site annuaire.sante.ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire du contrat d'accès aux soins.

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

Dépassements d'honoraires non pris en charge

Lorsqu'ils sont consultés hors du parcours de soins coordonnés, les médecins spécialistes sont autorisés à pratiquer des dépassements dans certaines limites pour chaque acte effectué, sur la base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

Forfait hospitalier

Il s'agit de la somme journalière à votre charge et dont le montant est fixé par arrêté.

Majoration de participation financière

Si vous n'avez pas de médecin traitant, ou si vous consultez directement un médecin sans prescription de votre médecin traitant (sauf en cas d'urgence ou de consultation en dehors du lieu de votre résidence habituelle) ou dans certains cas si vous refusez l'accès à votre dossier médical personnel, conformément

aux dispositions des articles 3 et 7 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 ; une majoration du ticket modérateur sera effectuée.

Ostéopathie

Il s'agit d'un traitement manuel s'intéressant aux troubles fonctionnels du corps humain.

Régime obligatoire

Le régime de Sécurité sociale français auquel vous êtes affilié.

TA (tarif d'autorité)

Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.

TC (tarif de convention)

Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française (base Métropole) et les fédérations des différents praticiens pour un médecin conventionné.

TFR (tarif forfaitaire de responsabilité)

Base de remboursement du régime obligatoire calculée sur la base d'un tarif de référence applicable à certains médicaments, dont la liste est établie par arrêté ministériel.

TM (ticket modérateur)

Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion de la contribution forfaitaire et de la majoration de participation financière maintenues à votre charge.

TR (tarif de responsabilité)

Cela vise :

- le tarif convention si l'on parle de soins réalisés par un praticien conventionné,
- le tarif d'autorité si l'on parle de soins réalisés par un praticien non conventionné.

Tiers payant (ou dispense d'avance de frais)

Paiement direct, total ou partiel des frais médicaux ou pharmaceutiques par les organismes d'assurance complémentaire, à votre place.