

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



FRAIS DE SANTÉ

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

CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE
SURCOMPLEMENTAIRE

« Salarié & enfants à charge/conjoint »

SOMMAIRE

L'objet du contrat	5
Votre affiliation	5
Quand bénéficiez-vous des garanties ?	7
Les cotisations	11
Les prestations	13
Quelles sont vos formalités déclaratives ?	16
Les généralités du contrat	21
Lexique	24
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**.

L'assuré est le salarié ou l'ancien salarié bénéficiaire du contrat, c'est-à-dire appartenant à l'une des catégories de personnel prévue au contrat. Il sera désigné par **vous**.

Les ayants droit de l'assuré sont ses enfants à charge et son conjoint, lorsque ce dernier est affilié au contrat collectif facultatif « extension conjoint ».

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 extension conjoint est le contrat collectif **facultatif** que votre employeur a préalablement souscrit et qui vous permet d'étendre le bénéfice de vos garanties à votre conjoint.

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 »

INFORMATION POUR LE SALARIE :

Le cas échéant, 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 de demander à bénéficier d'un niveau de couverture frais de santé surcomplémentaire**, pour moi-même et le cas échéant mes ayants droit.

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 le Code de la sécurité sociale.

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)**

Votre employeur l'a souscrit en complément du contrat collectif obligatoire bénéficiant aux salariés et leurs enfants à charge (« contrat de base ») et, le cas échéant, du contrat collectif facultatif « extension conjoint ».

Ce contrat vous donne la possibilité de demander à bénéficier d'un niveau de couverture surcomplémentaire, **pour autant que vous ayez adhéré préalablement au « contrat de base » et le cas échéant à « l'extension conjoint ».**

La présente notice vous indique les conditions dans lesquelles nous accordons aux assurés 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 surcomplémentaire intervient sous déduction du remboursement opéré par le régime d'assurance maladie obligatoire et le (ou les) contrat(s) d'assurance maladie complémentaire, dans la limite des frais réels. Il 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 ?

Pour pouvoir adhérer au contrat surcomplémentaire, vous devez préalablement être couvert par le contrat collectif à adhésion obligatoire. De même, pour pouvoir bénéficier du même niveau de couverture, le conjoint doit au préalable être couvert par le contrat collectif facultatif « extension conjoint ».

Le contrat n'autorise pas l'affiliation du seul salarié ou des seuls enfants à charge ou du seul conjoint (ou encore de certains d'entre eux), ni le choix de niveaux surcomplémentaires différents selon les bénéficiaires.

Tout évènement ou disposition contractuelle du « contrat de base » et/ou de « l'extension conjoint » (cf. notice remise à cet effet) affectant les droits à garantie des salariés et/ou des ayants droit s'applique automatiquement et dans les mêmes conditions aux bénéficiaires du contrat surcomplémentaire.

Vous pouvez demander votre affiliation et celle de vos enfants à charge, et le cas échéant celle de votre conjoint, uniquement dans les six mois qui suivent :

- la date à laquelle vous êtes assurés par le contrat collectif à adhésion obligatoire,
- un changement de situation familiale (mariage, pacs, concubinage, divorce, naissance, adoption),
- un changement de situation professionnelle de votre conjoint (embauche, cessation du contrat de travail) ayant pour conséquence selon le cas, soit qu'il cesse d'être couvert, soit qu'il soit dans l'obligation d'être couvert, par le régime frais de santé mis en place au sein de son entreprise.

Pour bénéficier des garanties surcomplémentaires, vous devez compléter et signer le bulletin individuel d'affiliation, accompagné des pièces justificatives nécessaires. **Vous remettez votre bulletin à votre employeur qui s'engage à nous le faire parvenir dans les meilleurs délais.**

En cas de pluralité de formules surcomplémentaires, vous exprimez votre choix au moyen du même document d'affiliation.

Ce même document sert également à signaler par la suite les changements de situation familiale.

Vous devez également compléter et signer un mandat de prélèvement SEPA.

Quels membres de votre famille peuvent bénéficier des garanties ?

Les membres de votre famille éligibles au contrat sont :

- obligatoirement, **vos enfants à charge**,
- **le conjoint**, sous réserve de l'adhésion préalable du salarié au contrat « extension conjoint ».

tels que définis ci-dessous :

Les enfants à charge au sens du contrat sont définis comme suit :

- **les enfants âgés de moins de 18 ans**, qui sont à charge de l'assuré ou de son conjoint, au sens de la sécurité sociale (l'attestation carte vitale faisant foi).
Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à la veille du 26^{ème} anniversaire pour les enfants :
 - placés en apprentissage ;
 - ou qui poursuivent leurs études ;
- **les enfants, sans limitation d'âge**, reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

Pour l'application de ce qui précède, on entend par conjoint :

- 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.

Structures d'affiliation

La cotisation au contrat surcomplémentaire est calculée selon la même structure d'affiliation utilisée par le « contrat de base » obligatoire et le cas échéant par le contrat « extension conjoint », à savoir :

- SALARIE & ENFANTS A CHARGE
- CONJOINT

Les bénéficiaires du contrat « surcomplémentaire » sont identiques à ceux bénéficiant du « contrat de base » et de « l'extension conjoint ».

Quand bénéficiez-vous des garanties ?

Quand prennent effet vos garanties ?

Pour vous et votre enfant à charge

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, selon le cas :

- à la date d'effet du contrat surcomplémentaire,
- à la date de votre affiliation au « contrat de base » obligatoire, en tant que salarié,
- au jour où est intervenu le changement de situation familiale (mariage, pacs, concubinage, divorce, naissance, adoption),

Au delà du délai de trente 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 »),

Pour votre conjoint

Pour votre conjoint affilié préalablement à « l'extension conjoint », la prise d'effet est fixée :

- à la même date d'effet que celle retenue pour vous-même,
- à la date à laquelle il vient ultérieurement à répondre à la définition de conjoint.

Au delà du délai de trente jours, les garanties prennent effet au premier jour du mois civil suivant la demande.

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

Vous et vos ayants droit, couverts précédemment par un autre organisme assureur, bénéficiez des garanties du contrat si vous continuez à remplir les conditions prévues au paragraphe « Que se passe-t-il en cas de cessation du contrat de travail ? Le dispositif de portabilité », sauf dans le cas où l'assureur précédent maintient la couverture jusqu'à expiration de vos droits au dispositif de portabilité.

Comment changer de formule surcomplémentaire ?

Si le contrat souscrit par votre employeur vous donne la possibilité de choisir entre plusieurs niveaux surcomplémentaires, vous pouvez être amenés à souhaiter changer de formule, ceci pour l'ensemble des bénéficiaires.

Le changement de formule est possible :

- **à la hausse** (augmentation du niveau de garanties facultatives et/ou extension de la garantie au conjoint), pour une application :
 - o au 1^{er} janvier de l'année qui suit la réception de sa demande, sous réserve que le salarié en fasse la demande auprès de l'organisme assureur avant le 31 octobre de l'année précédente,
 - o au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande, en cas de changement de situation de famille.
- **à la baisse** (baisse du niveau de garanties facultatives et/ou arrêt de l'extension de la garantie au conjoint), pour une application :
 - o au 1^{er} janvier de l'année qui suit la réception de sa demande, sous réserve que le salarié puisse justifier d'une durée de 2 années civiles d'adhésion dans le niveau de garantie précédent, et qu'il en fasse la demande auprès de l'organisme assureur avant le 31 octobre de l'année précédente,
 - o au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande, en cas de changement de situation de famille.

Faculté de renonciation

Vous pouvez renoncer au contrat, dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter de l'affiliation.

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 à l'affiliation au contrat collectif à adhésion facultative surcomplémentaire frais de santé n°....., ayant pris effet le et demande le remboursement de la cotisation déjà versée* ».

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

Votre renonciation est définitive pour vous et vos ayants droit. Toute nouvelle adhésion n'est possible qu'à l'issue d'un délai de deux années civiles entre la renonciation et la nouvelle adhésion.

Faculté de dénonciation

En cas de modification apportée à vos droits et obligations, vous avez la faculté de dénoncer l'affiliation de l'ensemble des bénéficiaires (vous-même et vos ayants droit) 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 au contrat de l'ensemble des bénéficiaires (vous-même et vos ayants droit) 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.

La dénonciation vaut pour l'ensemble des personnes garanties par le contrat surcomplémentaire et est définitive. Toute nouvelle adhésion n'est possible qu'à l'issue d'un délai de deux années civiles entre la dénonciation et la nouvelle adhésion.

En outre, le contrat étant notamment conçu pour compléter « l'extension conjoint », la dénonciation d'affiliation à cette extension entraîne automatiquement la dénonciation d'affiliation de votre conjoint au contrat surcomplémentaire, à la même date.

Quand cessent vos garanties ?

Pour vous

Les garanties cessent à la date à laquelle les assurés cessent de bénéficier du contrat collectif obligatoire, c'est-à-dire pour mémoire :

- à la date d'effet de la résiliation dudit contrat obligatoire,
- à la date de suspension de votre contrat de travail de l'assuré, sauf maintien dans le régime,
- 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, en qualité d'ancien salarié, les conditions vous permettant de bénéficier du maintien de la portabilité, dans la limite fixée par celle-ci,
- à la date d'effet de votre retraite de la sécurité sociale (sauf dans le cas de cumul emploi-retraite).

Les garanties cessent en outre :

- au 31 décembre de l'exercice au cours duquel vous dénoncez l'affiliation au contrat surcomplémentaire,
- en cas de non paiement des cotisations,
- à la date de résiliation du contrat surcomplémentaire.

Pendant les périodes de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à maintien de garanties, il est rappelé que le contrat collectif obligatoire vous donne la faculté de demander le maintien de votre couverture frais de santé en contrepartie du paiement intégral de la cotisation. Si vous faites jouer cette possibilité, alors la couverture surcomplémentaire est également maintenue pour vos enfants à charge, et le cas échéant, votre conjoint.

Pour vos ayants droit

Pour les enfants à charge et, le cas échéant, le conjoint, les garanties cessent à la date à laquelle :

- vos garanties cessent (cf. ci-dessus),
- ils ne répondent plus aux conditions prévues pour être définis comme ayants droit,
- pour votre conjoint, à la date à laquelle il est radié de « l'extension conjoint » notamment à votre demande.

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

Les garanties surcomplémentaires et leurs évolutions continuent à s'appliquer, selon le même principe que pour vos propres garanties de base (contrat de base obligatoire), 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 de salaire par votre entreprise,
- arrêt de travail donnant lieu à indemnités journalières de sécurité sociale et/ou complémentaires, 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 surcomplémentaires sont suspendues pour vous-même et vos ayants droit. Nous vous rappelons toutefois qu'au titre du « contrat de base » obligatoire, 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 également pour les garanties surcomplémentaires, pour vous-même et pour vos ayants droit. 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 réintégrez 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, en dehors du cas de licenciement pour faute lourde, ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, 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 aux membres de votre famille effectivement affiliés qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de la cessation de votre contrat de travail.

Le maintien du niveau surcomplémentaire est appliqué dans les mêmes conditions que le maintien des garanties du « contrat de base » (cf. notice remise à ce titre), telles que rappelées ci-après.

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 ce 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 vos ayants droit.

Le maintien des garanties cesse à :

- la date de cessation du versement des allocations 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 hors portabilité

Si vous êtes un ancien salarié bénéficiant de prestations d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou d'un revenu de remplacement si vous êtes privé d'emploi, vous pouvez demander :

- à bénéficier du maintien des garanties du contrat souscrit par votre employeur (loi Evin),
ou
- à souscrire à un contrat adapté à votre/leur nouvelle situation.

Vous ou vos ayants droit, le cas échéant, devez nous faire part de votre choix par écrit.

Ce dispositif est également ouvert à vos ayants droit couverts par le contrat, si vous veniez à décéder.

Quel que soit le choix retenu :

- aucune formalité médicale ou période probatoire ne sera requise,
- la demande de souscription doit être faite, selon le cas, **dans les six mois suivant la cessation du contrat de travail ou votre décès.**

Si vous bénéficiez de la « portabilité », le délai de six mois court à compter du terme de la période de maintien des garanties.

Votre employeur doit nous informer de la cessation de votre contrat de travail, ou de votre décès, dès lors que cet évènement est éligible au maintien individuel des garanties, dans un délai de trente jours afin de nous permettre d'adresser la proposition de couverture. Nous adressons la proposition de maintien de la couverture à compter de la cessation de votre contrat de travail, de la fin de la période de maintien des garanties à titre temporaire (portabilité) ou de votre décès.

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

Le maintien des présentes garanties

Ce maintien des garanties qui vous est proposé en tant qu'ancien salarié, est viager. S'agissant des ayants droit souhaitant bénéficier du dispositif à la suite de votre décès, le maintien des garanties est gratuit, pour une période de douze mois suivant votre décès. A l'issue de la période de 12 mois précitée les ayants droits bénéficient du tarif applicable prévu par l'accord de branche.

Le tarif applicable tiendra compte de la réglementation en vigueur à la date d'effet dudit maintien.

La souscription d'un contrat adapté à votre nouvelle situation

Nous proposerons, si vous le souhaitez, un contrat tenant compte à la fois de vos besoins en matière de frais de santé et de vos ressources (ou de ceux de vos ayants droit). Le montant des cotisations est alors fonction du niveau de garanties choisies et de l'âge des bénéficiaires.

Les cotisations

Montant et révision des cotisations

Les cotisations qui nous sont versées 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, 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.

Paiement des cotisations par l'assuré

Les cotisations afférentes à votre adhésion et, le cas échéant, celle de vos ayants droit 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 vos ayants droit sont 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 et vos enfants à charge 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 vos ayants droit de bénéficier d'avantages lorsque les dépenses sont engagées au sein de ce réseau.

Dans le cadre du réseau optique, les tarifs pratiqués 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

Votre contrat permet à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers-payant (dispense d'avance des 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 bénéficiaire 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 et/ou vos enfants à charge devez donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Si vous ou vos enfants à charge 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 et/ou vos ayants droit 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 vos ayants droit 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 vos ayants droit ?

Vous devez déclarer vos ayants droit, 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 d'ayant droit, vous devez joindre les pièces suivantes :

- une photocopie de l'attestation jointe à la carte vitale pour chacun de vos ayants droit immatriculés 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,
- pour votre enfant ou celui de votre conjoint de moins de 18 ans, une déclaration sur l'honneur que vous pourvoyez à son besoin et assurez son entretien,
- pour votre enfant de 18 ans à 26 ans, un certificat de scolarité, une photocopie du contrat d'apprentissage ou de qualification ainsi qu'une attestation certifiant que votre enfant est entièrement à votre charge,
- pour votre enfant ou celui de votre conjoint et percevant l'allocation d'éducation pour enfant handicapé

prévue à l'article L.541-1 du Code de la sécurité sociale ou l'allocation d'adulte handicapé prévue à l'article L.821-1 de ce code, une copie du document lui accordant cette allocation.

En cas d'absence d'un de ces documents, vos ayants droit concernés ne pourront 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 vous et ayants droit indemnisés 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 ayants droit ayant leur 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 ainsi que les enfants qui leur sont rattachés.
- 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
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.
	Lentilles	Oui	Régime obligatoire (télétransmission ou décompte)	Copie de la Facture
		Non	Facture	Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité Sociale
	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 vos ayants droit 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 sont 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 votre 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 ?

L'Institution 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 contrat, à l'adresse suivante :

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

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

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

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

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Institution et après épuisement des voies de recours internes, l'entreprise, l'assuré, les bénéficiaires ou les ayants-droit, ou avec l'accord de ceux-ci, l'Institution, 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 – 45 777 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, 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.