

# NOTICE D'INFORMATION

## FRAIS DE SANTE

### Humanis Santé offre enseignants

(Réf. NI/ HUMANIS SANTE offre enseignants /FS 06.18)

<b>CONTRAT SOCLE COLLECTIF FACULTATIF</b> <i>(cases à cocher par l'ADHERENT selon le contrat souscrit)</i>	
<b>CATEGORIE ASSUREE</b>	<b>Personnel Enseignant et de Documentation rémunéré par L'Etat relevant du Régime spécial des fonctionnaires</b>
	<b>Personnel Enseignant et de Documentation rémunéré par L'Etat relevant du Régime de la sécurité sociale</b>
	<b>Personnel Enseignant et de Documentation rémunéré par L'Etat relevant du Régime Agricole (MSA)</b>
<b>GARANTIES</b>	<input type="checkbox"/> Niveau de base
	<b>ou</b>
	<input type="checkbox"/> Niveau 1
	<b>ou</b>
	<input type="checkbox"/> Niveau 2
	<b>ou</b>
<input type="checkbox"/> Niveau 3	

# SOMMAIRE

---

<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>2</b>
<b>VOTRE CONTRAT FRAIS DE SANTE.....</b>	<b>3</b>
<b>VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE Seul le niveau de garanties effectivement souscrit vous est applicable.....</b>	<b>4</b>
<b>PREMIERE PARTIE DISPOSITIONS GENERALES .....</b>	<b>12</b>
1. DEFINITIONS .....	12
2. CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE.....	13
3. AFFILIATION DES PARTICIPANTS ET DE LEURS AYANTS DROIT .....	14
4. MAINTIEN DES GARANTIES.....	18
5. COTISATIONS .....	20
6. EFFET DE LA RESILIATION OU DU NON-RENOUVELLEMENT DU CONTRAT VIS- A-VIS DU PARTICIPANT OU DE SES AYANTS DROIT .....	21
7. RECOURS - PRESCRIPTION.....	21
8. RECLAMATIONS – MEDIATION.....	22
9. CONTROLE DE L'INSTITUTION .....	23
10. DISPOSITIONS DIVERSES .....	23
<b>DEUXIEME PARTIE DEFINITION DES GARANTIES .....</b>	<b>25</b>
<b>TROISIEME PARTIE VERSEMENT DES PRESTATIONS.....</b>	<b>30</b>
13. MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	30

## **VOTRE CONTRAT FRAIS DE SANTE**

---

Votre entreprise a adhéré au contrat socle collectif Frais de santé assuré par HUMANIS PREVOYANCE, institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°410 005 110, dont le siège social est à PARIS (75014) – 29 boulevard Edgar Quinet, afin de garantir à titre facultatif son personnel appartenant à la catégorie assurée définie en première page de la présente notice.

Par ailleurs, vous pouvez souscrire à titre individuel une option complémentaire (niveau 1, niveau 2, niveau3) aux garanties du contrat socle collectif.

Vous trouverez dans cette notice les garanties du contrat ainsi que les éléments vous permettant de mieux comprendre leurs modalités d'application.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à votre Direction des ressources humaines ou directement à votre centre de gestion.

**VOTRE INTERLOCUTEUR**

**HUMANIS PREVOYANCE  
TSA 77374  
34186 MONTPELLIER CEDEX 4  
09 69 32 33 47**

# VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE

Seul le niveau de garanties effectivement souscrit vous est applicable

<b>GARANTIES HUMANIS</b> (y compris remboursement de la Sécurité sociale du régime d'appartenance)	<b>SOCLE</b>	<b>Option 1</b> (Y compris le régime socle)	<b>Option 2</b> (Y compris le régime socle)	<b>OPTION 3</b> (Y compris le régime socle)
<b>SOINS DE VILLE (secteur conventionné et non conventionné)</b>				
Consultations et visites généralistes - Signataire OPTAM / OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% [BR-SS] <sup>(2)</sup>	150% [BR-SS]	150% [BR-SS]	370% [BR-SS]
Consultations et visites généralistes - Non signataire OPTAM / OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% [BR-SS]	130% [BR-SS]	130% [BR-SS]	130% [BR-SS]
Consultations et visites spécialistes - Signataire OPTAM / OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% [BR-SS]	160% [BR-SS]	200% [BR-SS]	370% [BR-SS]
Consultations et visites spécialistes - Non signataire OPTAM / OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% [BR-SS]	140% [BR-SS]	180% [BR-SS]	180% [BR-SS]
Actes Techniques Médicaux et Actes de Chirurgies- Signataire OPTAM / OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% [BR-SS]	150% [BR-SS]	200% [BR-SS]	200% [BR-SS]
Actes Techniques Médicaux et Actes de Chirurgies - Non signataire OPTAM / OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% [BR-SS]	130% [BR-SS]	180% [BR-SS]	180% [BR-SS]
Auxiliaires médicaux	100% [BR-SS]	120% [BR-SS]	150% [BR-SS]	150% [BR-SS]
Actes D'Imagerie, échographie et Doppler - Signataire OPTAM / OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% [BR-SS]	150% [BR-SS]	200% [BR-SS]	200% [BR-SS]
Actes D'Imagerie, échographie et Doppler - Non signataire OPTAM / OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% [BR-SS]	130% [BR-SS]	180% [BR-SS]	180% [BR-SS]

Analyses médicales et Travaux Laboratoire	100%[BR-SS]	120% [BR-SS]	150% [BR-SS]	150% [BR-SS]
Prothèses auditives	100% [BR-SS] majoré de 200€ / oreille / an / bénéficiaire		100% [BR-SS] majoré de 300€ / oreille / an / bénéficiaire	100% [BR-SS] majoré de 300€ / oreille / an / bénéficiaire
Orthopédie, autres prothèses non dentaires non auditives	100%[BR-SS]	150%[BR-SS]	200% [BR-SS]	200% [BR-SS]
<b>PHARMACIE</b>				
Pharmacie (y compris vaccins remboursés par la Sécurité sociale)	100% [BR-SS]	100% [BR-SS]	100% [BR-SS]	100% [BR-SS]
Vaccins prescrits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (non remboursé par la sécurité sociale)	10 € par an et par bénéficiaire	10 € par an et par bénéficiaire	10 € par an et par bénéficiaire	10 € par an et par bénéficiaire
Médicaments prescrits mais non pris en charge par la sécurité sociale	-	-	100 € par an et par bénéficiaire	100 € par an et par bénéficiaire
<b>FRAIS D'HOSPITALISATION en établissements conventionnés et non conventionnés (y compris maternité)</b>				
Honoraires <sup>(3)</sup> - Signataire OPTAM / OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	150% [BR-SS]	150% [BR-SS]	250% [BR-SS]	400% [BR-SS]
Honoraires <sup>(3)</sup> - Non signataire OPTAM / OPTAM-CO	130% [BR-SS]		200% [BR-SS]	200% [BR-SS]
Frais de séjour	150% [BR-SS]	150% [BR-SS]	250% [BR-SS]	400% [BR-SS]
Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée (y compris service psychiatrique)	100%FR	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière <sup>(1)</sup> (y compris maternité)	-	1,5% PMSS / jour	2,5% PMSS / jour	2,5% PMSS / jour
Frais d'accompagnement d'un enfant de - de 16 ans <sup>(1)</sup>	-	1% PMSS / jour	2% PMSS / jour	2% PMSS / jour

Frais de transports en véhicule sanitaire	100% [BR-SS]	150% [BR-SS]	200% [BR-SS]	200% [BR-SS]
<b>FRAIS DENTAIRES</b>				
Soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie et de prévention ; La radiologie, la chirurgie et la parodontologie	100%[BR-SS]	150% [BR-SS]	200% [BR-SS]	200% [BR-SS]
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale	100%[BR-SS]	150% [BR-SS]	200%[BR-SS]	450% [BR-SS]
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale - Prothèses fixes - appareils amovibles ( y compris appareils transitoires et réparations)	200% [BR-SS]	250% [BR-SS]	300 % [BR-SS]	400% [BR-SS]
Inalys Core	150% [BR-SS]	200%[BR-SS]	250 % [BR-SS]	250% [BR-SS]
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : - Piliers de bridge sur dent saine, par pilier - Implants dentaires par implant - Parodontologie (curetage/surfaçage,greffe gingivale et lambeau)	107,50 € (BR = 107,50 €) (**)  -  -	161,25 € (BR = 107,50 €)  100 €  100 € / an / bénéficiaire	215 € (BR = 107,50 €)  450 €  200 € / an / bénéficiaire	322,50 € (BR = 107,50 €)  800 €  400 € / an / bénéficiaire
Frais d'Orthopédie Dento-Faciale remboursés par la Sécurité sociale	200% [BR-SS]	250% [BR-SS]	300% [BR-SS]	450% [BR-SS]

Frais d'Orthopédie Dento-Faciale non remboursés par la Sécurité sociale	100% BR reconstitué	150% BR reconstitué	200% BR reconstitué	300% BR reconstitué
	(BR = 193,50 €)	(BR = 193,50 €)	(BR = 193,50 €)	(BR = 193,50 €)

FRAIS D'OPTIQUE					
Verre simple, foyer, sphériques :				Réseau :	Hors Réseau :
○ - 6 à + 6 dioptries	60 €	80 €	90 €	100% FR	100 €
○ -6,25 à - 10 ou + 6,25 à 10 dioptries	80 €	90 €	100 €	100% FR	110 €
○ < - 10 ou sup >+ 10 dioptries	85 €	100 €	110 €	100% FR	120 €
Verre simple, foyer, sphéro-cylindriques :				Réseau :	Hors Réseau :
○ < + 4 sphère de - 6 à + 6 dioptries		90 €	100 €	100% FR	110 €
○ < + 4 sphère de <- 6 ou > + 6 dioptries	70 €	100 €	110 €	100% FR	120 €
○ > + 4 sphère de - 6 à + 6 dioptries	80 €	120 €	130 €	100% FR	130 €
○ >+ 4 sphère de <- 6 ou > + 6 dioptries	100 €		140 €		150€

	110 €	130 €		100% FR	
Verre multi-focaux ou progressifs sphériques:				Réseau :	Hors Réseau :
○ - 4 à + 4 dioptries	130 €	150 €	190 €	100% FR	210 €
○ < - 4 à >+ 4 dioptries	150 €	170 €	210 €	100% FR	220 €
Verre multi-focaux ou progressifs sphériques:				Réseau :	Hors Réseau :
○ - 8 à + 8 dioptries	160 €	180 €	220 €	100% FR	230 €
○ < - 8 à + 8 dioptries	200 €	220 €	260 €	100% FR	260 €
Montures <sup>(3)</sup> (***)	1,5% du PMSS	1,5% du PMSS	3,5% du PMSS	150 €	
Lentilles correctrices non remboursées par la Sécurité sociale	2% du PMSS / bénéficiaire / an	3% du PMSS / bénéficiaire / an	5% du PMSS / bénéficiaire / an	11% du PMSS / bénéficiaire / an	
Opération de la myopie ou hypermyopie par laser <sup>(4)</sup>	-	10% du PMSS / oeil	25% du PMSS / oeil	25% du PMSS / oeil	



## INDEMNITES FORFAITAIRES

Maternité <sup>(5)</sup>	-	10% du PMSS	15% du PMSS	15% du PMSS
Cures thermales (dans la limite des frais engagés pour les frais médicaux, de transports et de séjours) <sup>(6)</sup>	150% [BR-SS]	150% [BR-SS] majoré de 5% du PMSS	150% [BR-SS] majoré de 10% du PMSS	150% [BR-SS] majoré de 10% du PMSS

## MEDECINES DOUCES ( Consultations non prises en charge par la sécurité sociale)

Consultations d'Ostéopathie, de Chiropraxie, d'Acupuncture ou d'Etiopathie(****)	40 € /séance (maxi 2 séances / année / bénéficiaire)	40 € /séance (maxi 3 séances / année / bénéficiaire)	40 € /séance (maxi 5 séances / année / bénéficiaire)	50 € /séance (maxi 5 séances / année / bénéficiaire)
--	--	--	--	--

## PREVENTION

<p>- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.</p> <p>- Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).</p> <p>- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.</p> <p>- Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).</p> <p>- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :</p>	100% BR-SS
---	------------

<p>. Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;</p> <p>. Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;</p> <p>. Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;</p> <p>. Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;</p> <p>. Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).</p> <p>- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.</p> <p>- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :</p> <p>. Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;</p> <p>. Coqueluche : avant 14 ans ;</p> <p>. Hépatite B : avant 14 ans ;</p> <p>. BCG : avant 6 ans ;</p> <p>. Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;</p> <p>. Haemophilus influenzae B ;</p> <p>. Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques</p>	
--	--

1 -- En vigueur au 1er jour de l'hospitalisation

2 [BR-SS] : différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et le Montant Remboursé par la Sécurité Sociale

3 -- En vigueur au jour de la dépense

4 -- En vigueur au jour de l'intervention

5 -- En vigueur à la date de la naissance

6 -- En vigueur au 1er jour de la cure

(\*\*) Remboursement correspondant à 100% BR reconstituée

(\*\*\*) La prise en charge par l'organisme recommandé est limitée à un équipement optique.(1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique du bénéficiaire.

Toutefois, pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue, la limitation s'applique annuellement. La modification de la correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien.

Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.

(\*\*\*\*) Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession.

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).

Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Les étioopathes doivent être inscrits sur le Registre National des Etiopathes.

ABREVIATIONS :

BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale SS - Montant Remboursé par la Sécurité Sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

OPTAM / OPTAM-CO » : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique.

Elles remplacent, à compter du 1er janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM / l'OPTAM-CO qui s'achèvera au plus tard au 31 décembre 2019.

# PREMIERE PARTIE

## DISPOSITIONS GENERALES

Pour la présente notice, l'entreprise est dénommé l'« ADHERENT », le Participant le « PARTICIPANT » et Humanis Prévoyance l'« INSTITUTION ».

---

### 1. DEFINITIONS

---

**Actes Hors Nomenclature** : Actes non reconnus par la Sécurité Sociale et non-inscrits aux Nomenclatures.

**ADHERENT** : Personne morale souscriptrice du contrat.

**Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BR)** : Assiette servant de base de calcul aux prestations en nature de la Sécurité Sociale.

**Bénéficiaire** : PARTICIPANT et ses ayants droit dans les conditions définies ci-après.

**Bénéficiaire Noémie** : PARTICIPANT ayant autorisé le système de télétransmission. Il s'agit d'un système informatique permettant la télétransmission directe des décomptes Sécurité sociale vers l'INSTITUTION. Les remboursements s'effectuent en une seule démarche : le Bénéficiaire envoie sa feuille de soin à la Sécurité sociale ou utilise sa carte vitale. La Sécurité sociale rembourse le bénéficiaire et transmet directement par voie électronique les décomptes à l'INSTITUTION.

**Catégorie** : Ensemble de personnes physiques travaillant pour le compte de l'ADHERENT et défini par celui-ci, conformément aux articles R. 242-1-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale, au moyen de critères généraux et impersonnels, dans l'acte prévu à l'article L. 911-1 du même Code instituant les garanties collectives.

**Concubin** : Personne vivant en concubinage avec le PARTICIPANT. Conformément à l'article 515-8 du Code Civil, le concubinage est une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

**Conjoint** : Conjoint du PARTICIPANT non divorcé ou non séparé de corps judiciairement.

**Contrat d'Accès aux Soins (CAS)** : Contrat conclu par le médecin de Secteur 2, par le médecin de Secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement et par le médecin de Secteur 1 disposant des titres lui permettant d'accéder au Secteur 2, ayant pour objet d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie. Ce contrat s'achèvera au plus tard au 31 décembre 2019.

**Contrat d'adhésion** : Acte par lequel une personne morale entretenant des liens capitalistiques avec l'ADHERENT adhère au contrat souscrit par ce dernier.

**Contrat Responsable** : Contrat collectif ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes réglementaires d'application.

**Contrat socle** : Contrat complémentaire intervenant en premier après la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

**Contrat Solidaire** : Contrat collectif ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurables.

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

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

**Montant Remboursé par la Sécurité Sociale (MR) :** Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BR) multipliée par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité Sociale.

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

**OPTAM / OPTAM-CO :** Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les garantes concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM : OPTAM-CO jusqu'au 31 décembre 2019.

**Partenaire lié par un PACS :** Personne liée au PARTICIPANT par un Pacte Civil de Solidarité.

**PARTICIPANT :** Personne physique appartenant à la Catégorie définie dans la présente notice d'information et affiliée au contrat.

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

**Sécurité Sociale :** Tout régime légalement obligatoire d'assurance maladie.

**Tarif forfaitaire de responsabilité :** Base de Remboursement de la Sécurité Sociale pour le principe d'un médicament (original d'un médicament) ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

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

---

## 2. CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

---

Le contrat respecte l'ensemble des conditions posées par les Pouvoirs Publics pour répondre aux définitions de « Contrat Solidaire » et de « Contrat Responsable ».

Le contrat respecte les conditions posées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et aux textes d'application de celui-ci.

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

- Conformément à l'article L. 160-13 II du Code de la Sécurité sociale, la participation forfaitaire due par le Bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale. Toutefois, lorsque pour un Bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile.
- Conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité sociale, la franchise applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D. 160-9 du Code de la Sécurité sociale pour certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la Santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du Code de la Sécurité sociale).

- Conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale la majoration de la participation supportée par le Bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.
- La majoration de la participation supportée par le Bénéficiaire et les ayants droit sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'Article L1111-15 du Code de la Santé publique (accès au dossier Médical Personnel).
- Les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque les Bénéficiaires consultent sans prescription du médecin traitant.
- Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

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

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

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

---

### 3. AFFILIATION DES PARTICIPANTS ET DE LEURS AYANTS DROIT

---

#### 3.1 Conditions d'affiliation des PARTICIPANTS

L'adhésion au contrat entraîne l'affiliation, à titre facultatif, du personnel Enseignant de l'ADHERENT, appartenant à la ou les Catégories définies au contrat d'adhésion.

Lors de l'adhésion de l'entreprise ou de son entrée en fonction, chaque membre du personnel appartenant à la ou les Catégories renseigne et signe le Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle établi par l'INSTITUTION.

Il y précise notamment son état civil et celui de ses Bénéficiaires.

L'affiliation au contrat est possible jusqu'à l'âge de 62 ans.

Elle est renouvelée par tacite reconduction sous réserve de fournir un justificatif annuel attestant de l'emploi dans l'établissement.

#### 3.2 Date d'effet de l'affiliation des PARTICIPANTS

L'affiliation prend effet :

- à la date de prise d'effet du contrat lorsque le membre du personnel appartient à la Catégorie de personnel assurée,
- pour les anciens Participants en portabilité, à la date de prise d'effet du contrat pour ceux en portabilité à cette date ou à la date de rupture de leur contrat de travail si elle est postérieure,
- à sa date d'embauche ou de transfert dans la Catégorie définie en objet si elle est postérieure à la date d'effet du contrat.

### 3.3 Bénéficiaires

#### 3.3.1 Définition des Ayants droit

Sont ayants droit du PARTICIPANT, selon les définitions prévues dans la présente notice d'information :

- le Conjoint,
- le Partenaire d'un PACS,
- le Concubin,
- les Enfants à la charge du PARTICIPANT entendus comme :
  - les enfants du PARTICIPANT, de son Conjoint, de son Partenaire lié par un PACS ou de son Concubin, s'ils sont effectivement à la charge du PARTICIPANT, c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien et satisfaisant à l'une des conditions suivantes :

- être âgés de moins de 18 ans, être non-Participants et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité Sociale du PARTICIPANT, de son Conjoint, de son Partenaire lié par un PACS ou de son Concubin ;

Cas particulier des enfants âgés de 18 à moins de 21 ans, non-Participants et ayant la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité sociale du PARTICIPANT, de son conjoint, de son Partenaire lié par un PACS ou de son Concubin, dans le cadre de la réforme de la Protection Maladie Universelle : ces ayants droit majeurs déjà à charge au sens de la Sécurité sociale au 1er janvier 2016 conservent, la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité sociale pendant la période transitoire instaurée par la Protection Maladie Universelle et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2019 tant que leur situation ne subit pas de changement durant cette période. Ils sont considérés comme Enfants à charge au titre du présent contrat.

- être âgés de moins de 21 ans, être non-Participants, bénéficiaire d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de Sécurité sociale et reconnu à charge par l'administration fiscale du PARTICIPANT
  - être âgés de moins de 26 ans, et sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation :
    - être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi,
    - ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel,
    - ou bénéficiaire d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
  - être âgés de moins de 28 ans, être non-Participants, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé,
  - quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21ème anniversaire,
- Les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le PARTICIPANT verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

### **3.3.3 Affiliation des ayants droit**

Les ayants-droit du Participant peuvent adhérer à la couverture du socle par une extension facultative souscrite individuellement par chaque Participant et donnant lieu au versement d'une cotisation spécifique.

L'affiliation des ayants droits prend effet à la date d'affiliation du Participant lorsque la demande en est faite simultanément. A défaut, au 1er jour du mois qui suit la date de réception de la demande d'affiliation.

Cette affiliation facultative est renouvelable le premier janvier de chaque année par tacite reconduction.

En tout état de cause le PARTICIPANT est tenu d'apporter les pièces justifiant sa situation et celle de ses ayants droit à l'INSTITUTION et de s'acquitter des cotisations afférentes.

### **3.3.4 Justificatifs à fournir**

Le PARTICIPANT doit joindre avec le Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle, selon sa situation :

- la copie du livret de famille,
- la copie du certificat de mariage,
- l'attestation d'engagement dans les liens d'un PACS,
- une attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux Concubins et tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...),
- pour les Enfants à charge selon leur situation :
  - la copie du dernier avis d'imposition du PARTICIPANT,
  - pour l'Enfant à charge de 18 ans à moins de 21 ans non Participant, l'attestation sur l'honneur pour la première année de rattachement fiscal,
  - le certificat de scolarité,
  - la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
  - tout document de reconnaissance de l'état d'infirmité permanente (dont la copie de la carte d'invalidité),
  - l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
  - la copie du dernier bulletin de salaire.

Outre ces justificatifs, le Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle doit être accompagné de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale ou de la carte d'assuré au régime de Sécurité Sociale obligatoire en vigueur à la date d'affiliation, pour tous les Bénéficiaires ayant leur propre numéro.

L'INSTITUTION se réserve le droit de demander au PARTICIPANT toutes autres pièces justificatives.

Le PARTICIPANT s'engage à informer l'INSTITUTION de toute modification de sa situation ou de celle de l'un de ses ayants droit ne permettant plus à ce dernier d'avoir la qualité de Bénéficiaire.

## **3.4 Choix de l'option par le PARTICIPANT et règle de changement d'option**

### **3.4.1 Choix à l'adhésion**

Le participant peut choisir, pour lui-même et les membres de sa famille affiliés au titre du régime socle facultatif. La cotisation correspondante est alors appliquée.



Les membres de la famille ne peuvent pas choisir une option différente de celle retenue par le participant pour lui-même.

### **3.4.2 Changement de niveau de garanties**

Le Participant peut demander à changer d'option comme suit :

- Après un délai de deux ans, chaque 1<sup>er</sup> janvier, sous réserve que le Participant en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 31 octobre de l'année précédente. Le participant ne pourra demander à changer à nouveau d'option pendant un délai de deux ans.
- A l'occasion d'une modification de la situation familiales, sous réserve que le participant en fasse la demande auprès de l'Institution dans le mois qui suit l'évènement. Le changement d'option prend effet à la date de l'évènement

## **3.5 Cessation de l'affiliation**

### **3.5.1 Cessation de l'affiliation des PARTICIPANTS**

Sous réserve de l'application de l'article 4.1 de la présente Notice d'information, l'affiliation du PARTICIPANT cesse de plein droit :

- soit à la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat socle collectif facultatif,
- soit à sa date de sortie des effectifs,
- soit à la date de son départ à la retraite, à l'exception des PARTICIPANTS reprenant, sans interruption de fait, une activité Participante en « cumul emploi-retraite », auprès de l'ADHERENT,
- soit à la date d'évolution dans une Catégorie autre que celle figurant au contrat d'Adhésion,

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des GARANTIES DE BASE ainsi que celle des GARANTIES COMPLEMENTAIRES.

Le PARTICIPANT qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de son départ, à remettre à l'ADHERENT sa carte de tiers payant. L'ADHERENT doit la retourner à l'INSTITUTION.

L'INSTITUTION récupère auprès du PARTICIPANT toutes prestations indûment réglées.

### **3.5.2 Cessation de l'affiliation des ayants droit**

L'affiliation des ayants droit prend fin en cas de cessation de l'affiliation du PARTICIPANT.

Elle cesse également :

- à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions posées à la qualité d'ayant droit,
- au 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les ayants droit justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur et à la condition que l'acte mettant en place les garanties le prévoit,
- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le PARTICIPANT demande la résiliation de l'affiliation de l'ayant droit. Cette demande doit être adressée à l'INSTITUTION au plus tard le 31 octobre de la même année par lettre recommandée. La demande adressée à l'INSTITUTION après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant, elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année.

La cessation de l'affiliation des ayants droit au titre du contrat socle collectif facultatif emporte nécessairement la cessation de l'affiliation des ayants droit au titre des garanties optionnelles.

### **3.6 Fausse déclaration intentionnelle**

**Conformément à l'article L. 932-7 du Code de la Sécurité Sociale, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'ADHERENT ou d'un PARTICIPANT susceptible de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion pour l'INSTITUTION, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'ADHERENT ou par un PARTICIPANT a été sans influence sur la réalisation du risque, le contrat est annulé de plein droit.**

**Les cotisations demeurent acquises à l'INSTITUTION et les prestations versées feront l'objet d'un remboursement par le PARTICIPANT.**

### **3.7 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail**

#### **3.7.1 Dispositions spécifiques applicables en cas de suspension du contrat de travail avec maintien de rémunération ou perception d'indemnité**

Le bénéfice des garanties du contrat socle collectif facultatif est maintenu au PARTICIPANT dont le contrat de travail est suspendu moyennant le paiement des cotisations, s'il bénéficie :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire,
- soit d'indemnités journalières complémentaires, de rentes d'invalidité et/ou d'indemnités journalières de sécurité sociale.

Ce maintien dans les conditions visées ci-dessus est également applicable aux ayants-droit

Le Participant doit obligatoirement continuer à acquitter sa cotisation, et le cas échéant la ou les cotisations afférentes au paiement des extensions facultatives.

#### **3.8.2 Dispositions spécifiques applicables en cas de suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération ou perception d'indemnité**

La garantie est suspendue de plein droit dans les cas où le contrat de travail est lui-même suspendu ne donnant pas lieu à rémunération ou indemnisation dans les conditions ci-dessus (congé parental, congé sabbatique, congé de soutien familial, congé de solidarité familiale, etc...).

La suspension intervient au jour de la suspension du contrat de travail et s'achève dès la reprise effective du travail du participant au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre du participant concerné.

---

## **4. MAINTIEN DES GARANTIES**

---

### **4.1 Maintien des garanties Santé au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale : la « portabilité des droits »**

Sous réserve pour l'ADHERENT d'être soumis aux dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, les garanties prévues dans la présente notice d'information sont maintenues au profit du PARTICIPANT dont le contrat de travail est rompu et, le cas échéant, de ses ayants droit dans les conditions suivantes.

Toute modification de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale emporte de plein droit la modification du présent point 4.1 au jour de son entrée en vigueur. L'INSTITUTION informe alors le PARTICIPANT de ces modifications.

#### **4.1.1 Conditions du maintien des garanties**

Sous réserve pour le PARTICIPANT d'être éligible à ce dispositif, l'affiliation et, par conséquent, les garanties dont profitaient effectivement les Bénéficiaires au jour de la cessation du contrat de travail du PARTICIPANT, sont maintenues à cette occasion, à condition que la cessation résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Si l'ADHERENT n'entre pas dans le périmètre de la DSN, il devra retourner à l'INSTITUTION le formulaire type « Déclaration de portabilité » dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture.

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

L'INSTITUTION n'est tenue du maintien des garanties qu'autant que :

- conformément au 5° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, le PARTICIPANT satisfait aux obligations déclaratives rappelées ci-après,
- conformément au 6° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'ADHERENT l'a informée de la rupture du contrat de travail du PARTICIPANT.

#### **4.1.2 Effet et durée du maintien des garanties**

L'affiliation du PARTICIPANT est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de deux fois la durée de son dernier contrat de travail. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, **sans toutefois pouvoir excéder douze mois.**

En tout état de cause, l'affiliation du PARTICIPANT cesse de plein droit :

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès) ;
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après ;
- en cas de résiliation du contrat quel qu'en soit le motif, y compris quand cette résiliation fait suite à la liquidation judiciaire ou la disparition de l'ADHERENT.

#### **4.1.3 Obligations déclaratives**

Conformément aux dispositions du 5° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, le PARTICIPANT s'engage à fournir à l'INSTITUTION :

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

#### **4.1.4 Garanties**

Le PARTICIPANT conserve les garanties dont il bénéficiait effectivement lors de la cessation de son contrat de travail.

Le maintien des garanties est accordé aux ayants droit tels que définis à la présente notice d'information lorsqu'ils en bénéficiaient au jour de la cessation du contrat de travail du PARTICIPANT.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables au PARTICIPANT.

L'ADHERENT s'engage à informer le PARTICIPANT de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, notamment, en lui remettant l'addendum modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information remise par l'INSTITUTION.

#### **4.1.5 Financement**

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des Participants en activité. Ainsi, les anciens Participants bénéficiaires du dispositif de maintien des garanties sont couverts sans paiement de cotisations après la cessation de leur contrat.

#### **4.2 Maintien de garanties Santé au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989**

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi Evin, les garanties Santé peuvent être maintenues par la souscription d'un contrat proposé sans conditions de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- les anciens Participants bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité,
- les anciens Participants bénéficiaires d'une pension de retraite,
- les anciens Participants privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement,
- les personnes garanties du chef du PARTICIPANT décédé.

Sous réserve d'être informé par l'ADHERENT de la cessation du contrat de travail pour l'un des motifs ci-dessus, ou du décès du PARTICIPANT, l'INSTITUTION leur adressera la proposition de maintien individuel de la couverture aux intéressés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale ou du décès du PARTICIPANT.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'INSTITUTION dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail ou le cas échéant suivant la fin de la portabilité des droits ou dans les six mois suivant le décès du PARTICIPANT.

Les prestations proposées seront identiques à celles prévues par le contrat.

Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

---

## **5. COTISATIONS**

---

### **5.1 Paiement des cotisations**

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du PMSS.

#### **L'appel des cotisations est effectué auprès du PARTICIPANT**

Les cotisations sont acquittées par le PARTICIPANT mensuellement à terme d'avance. A ce titre, le participant remet un relevé d'identité bancaire et une autorisation de prélèvement.

### **5.2 Défaut de paiement des cotisations**

#### **L'appel des cotisations est effectué auprès du Participant**

Dans le cadre des garanties facultatives que le Participant peut souscrire (couverture de ses ayants droit) en cas de non-paiement des cotisations 10 jours après l'échéance, l'Organisme assureur envoie, par voie de lettre recommandée avec accusé de réception, une mise en demeure au Participant, en application de l'article L. 932-22 du Code de la Sécurité sociale.

Cette lettre informe notamment le Participant que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner la

suspension puis la résiliation de la garantie souscrite à titre facultatif.

Cette mise en demeure, non suivie d'effet dans les 30 jours, engendre la suspension des garanties.

Les garanties pourront alors être résiliées 10 jours après la suspension, soit 40 jours après l'envoi de la mise en demeure.

La garantie non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où a été payée la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

La résiliation du contrat socle collectif facultatif emporte la résiliation du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

---

## 6. EFFET DE LA RESILIATION OU DU NON-RENOUVELLEMENT DU CONTRAT VIS-A-VIS DU PARTICIPANT OU DE SES AYANTS DROIT

---

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat met fin aux garanties.

Les demandes de remboursements de soins adressées à l'INSTITUTION après la fin des garanties seront prises en compte à la condition que la date des soins indiquée sur les décomptes de la Sécurité sociale soit antérieure à la date de fin de couverture et sous réserve des dispositions mentionnées au point 13.4 de la présente notice d'information.

---

## 7. RECOURS - PRESCRIPTION

---

### 7.1 Recours subrogatoire

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, à l'exclusion du cas de décès, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à l'INSTITUTION dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations à caractère indemnitaires versées. L'INSTITUTION se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

Cette action en recours s'exerce en application des dispositions de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, l'INSTITUTION n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

### 7.2 Prescription

**Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.**

**Toutefois, ce délai ne court :**

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

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

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

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

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

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

- **en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation : de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'INSTITUTION à l'ADHERENT, lorsque l'ADHERENT assure le précompte de la cotisation ou au PARTICIPANT lorsque l'ADHERENT n'assure pas ce précompte**
- **en ce qui concerne le règlement de la prestation : de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception par le PARTICIPANT ou le Bénéficiaire à l'INSTITUTION.**

**Lorsque le Bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais visés ci-dessus ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.**

---

## **8. RECLAMATIONS – MEDIATION**

---

L'INSTITUTION met à la disposition de l'ADHERENT, des PARTICIPANTS et des ayants droit 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  
45777 SARAN Cedex

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

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

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

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

**Médiateur de la protection sociale (CTIP)**  
10 rue Cambacérès – 75008 PARIS

<https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

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

---

## 9. CONTROLE DE L'INSTITUTION

---

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

---

## 10. DISPOSITIONS DIVERSES

---

### **10.1 Protection des données à caractère personnel**

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

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

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

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

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

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

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

### **10.2 Prospection commerciale par voie téléphonique**

Le PARTICIPANT qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique

dénommée « BLOCTEL », par voie électronique sur le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr) ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer :

**Société OPPOSETEL**

Service Bloctel  
6 rue Nicolas Siret  
10 000 TROYES

Toutefois, tant que le contrat est en cours et sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire en assurance, cette inscription n'interdit pas à l'INSTITUTION de démarcher téléphoniquement le PARTICIPANT si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de l'INSTITUTION, à l'adresse mentionnée à l'article ci-dessus, à l'utilisation de ses coordonnées téléphoniques à des fins de prospection commerciale en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.



## **DEUXIEME PARTIE DEFINITION DES GARANTIES**

---

### **11. GARANTIES FRAIS DE SANTE**

---

#### **11.1 Objet et conditions des garanties**

Les garanties Frais de Santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les Bénéficiaires, en complément des remboursements de la Sécurité sociale française effectués au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, sous réserve de l'exclusion des risques mentionnés à l'article 12 de la présente notice d'information et des frais non pris en charge visés à l'article 2 de la présente Notice d'information.

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

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

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

Par dérogation, certains frais inscrits à la Nomenclature, mais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent donner lieu cependant à un remboursement par l'INSTITUTION dans les conditions fixées au tableau de garanties.

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

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

Peuvent donner lieu à remboursement les frais suivants, selon les formules effectivement souscrites, prévus au tableau de garanties. Dès lors que le remboursement de l'INSTITUTION est plafonné, la limite doit s'entendre par an et par Bénéficiaire sauf dispositions spécifiques figurant au tableau des garanties.

Suite à la nouvelle convention médicale du 25 août 2016, publiée au Journal Officiel du 23 octobre 2016, afin de maintenir le caractère responsable du contrat, les mentions contractuelles « Contrat d'Accès aux Soins », « CAS » et « non CAS » sont remplacées à compter du 1er janvier 2017 respectivement par :

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

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

## **SOINS DE VILLE EN SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE :**

- Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste ayant signé ou non le contrat d'accès aux soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),
- Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement,
- Petite chirurgie et actes de spécialité réalisés par un spécialiste ayant signé ou non le contrat d'accès aux soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),
- Actes d'imagerie, échographie et doppler réalisés par un médecin ayant signé ou non le contrat d'accès aux soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),
- Transport pris en charge par la Sécurité sociale,
- Prothèses prises en charge par la Sécurité sociale (autre que dentaire et auditive)
- Prothèses auditives

## **PHARMACIE :**

- Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale (y compris par la Sécurité sociale)

## **FRAIS D'HOSPITALISATION EN SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE (Y COMPRIS MATERNITE) :**

- Hospitalisation chirurgicale : frais chirurgicaux proprement dits,
- Hospitalisation médicale. Pour tout séjour notamment en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence au 1er jour
- Hospitalisation à domicile (HAD) prise en charge par la Sécurité sociale. La prise en charge commence au 1er jour d'hospitalisation.

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

- Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques)
- Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin ayant signé ou non le Contrat d'accès aux soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),
- Frais de chambre particulière (dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours)
- Forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale est pris en charge sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD)
- Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de moins de 16 ans bénéficiaire du contrat (dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours). Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents »

Pour les frais de chambre particulière et les frais d'accompagnement, à l'expiration de la période de 365 jours ou 180 jours, le bénéficiaire ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des prestations qu'après une interruption d'hospitalisation entre deux séjours d'une durée supérieure à 90 jours continus, et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.

## **MATERNITE ET ADOPTION :**

- Maternité : une allocation, destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais afférents à la naissance, est versée pour la naissance d'un enfant du PARTICIPANT, déclaré à l'état civil.

Par assimilation, pour l'adoption d'un enfant de moins de 12 ans par le PARTICIPANT, la même allocation est versée.

Elle est doublée en cas de naissance ou d'adoption multiple.

Seule la naissance d'un enfant du PARTICIPANT (qu'il soit le père ou la mère) ouvre droit à prestation. De même en cas d'adoption, l'enfant doit être adopté par le PARTICIPANT lui-même.

#### **FRAIS DENTAIRE :**

- Soins et actes dentaires (consultations et soins dentaires y compris prophylaxie, endodontie et de prévention, la radiologie, la chirurgie, la parodontologie ainsi que Inlays Onlays), pris en charge par la Sécurité sociale,

- Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale,

- Actes dentaires (Implants, Parodontologie, Piliers sur bridges) non pris en charge par la Sécurité sociale

- Orthodontie prise en charge ou non par la Sécurité sociale,

- Implants (implant et pilier implantaire) non pris en charge par la Sécurité sociale.

- Parodontologie non pris en en charge par la Sécurité sociale

#### **FRAIS D'OPTIQUE :**

- Equipement optique pris en charge par la Sécurité Sociale (deux verres et une monture) : les prestations dépendent du degré de correction (dioptrie)

La prise en charge de l'équipement optique remboursé par la Sécurité sociale est limitée à un équipement tous les deux ans composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.

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

Le PARTICIPANT transmet à l'INSTITUTION une facture détaillée et acquittée des frais d'optique. En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, le PARTICIPANT doit fournir une nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction ou la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction. Il doit également transmettre à l'INSTITUTION la prescription médicale de l'équipement précédent ou tout document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.

- Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables),

- Chirurgie réfractive (toute chirurgie de l'œil).

#### **PREVENTION :**

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.

- Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).

- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.

- Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).

- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

- . Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
- . Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
- . Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
- . Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
- . Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.

- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :

- . Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
- . Coqueluche : avant 14 ans ;
- . Hépatite B : avant 14 ans ;
- . BCG : avant 6 ans ;
- . Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- . Haemophilus influenzae B ;
- . Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques

#### **MEDECINE DOUCE :**

Consultations d'Ostéopathie, de Chiropraxie, d'Acupuncture ou d'Étiopathie

**CURES THERMALES** : dans la limite des frais engagés pour les frais médicaux, de transports et de séjours

#### **PACK SERVICES :**

Le PARTICIPANT et ses ayants-droit bénéficient d'un « Pack Services » au titre du contrat socle collectif facultatif. Ce Pack Services inclut de manière indissociable l'accès au réseau et aux services Itelis, l'accès à un service de Téléconsultation médicale ainsi que l'Assistance.

Les conditions et modalités du Pack Services sont décrites aux annexes jointes dénommées « CGU Téléconsultation 01.2017 », « Notice d'information complémentaire Itelis 01.2018 » et dans la notice d'information Assistance référencée F17S0494.

### **11.2 Soins engagés à l'étranger**

L'INSTITUTION garantit les actes et frais de soins engagés à l'étranger dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention de même nature avec le régime français.

#### ***11.2.1 Séjours temporaires à l'étranger, Participants détachés, résidents à l'étranger***

L'INSTITUTION intervient dès lors que les PARTICIPANTS bénéficient d'une prise en charge par la Sécurité sociale française ou par le régime de Sécurité sociale du pays d'accueil.

Dans les deux cas elle intervient en complément des tarifs théoriques de la Sécurité sociale française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues par le contrat.

**Le contrat ne couvre pas les Participants expatriés.**

#### ***11.2.2 Justificatifs***

L'INSTITUTION peut prendre en charge les soins à l'étranger sous réserve de recevoir les factures détaillées et acquittées des soins, éventuellement traduites, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée et le remboursement auquel elle a donné lieu.

---

## 12. RISQUES EXCLUS

---

**Ne donnent pas lieu aux garanties définies dans la présente notice d'information les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique.**

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

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

**En aucun cas ces exclusions ne peuvent faire obstacle aux obligations minimales de prise en charge prévues pour les contrats responsables.**

# TROISIEME PARTIE

## VERSEMENT DES PRESTATIONS

---

### 13. MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

---

#### 13.1 Paiement des cotisations

Pour que les PARTICIPANTS puissent bénéficier des prestations, l'ADHERENT ou le PARTICIPANT doit avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'il pourrait devoir au titre du contrat.

#### 13.2 Tiers Payant Généralisé

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

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

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

#### 13.3 La prise en charge hospitalière

Dès qu'il a connaissance de l'hospitalisation d'un Bénéficiaire en établissement conventionné avec la Sécurité sociale, le PARTICIPANT en informe l'INSTITUTION qui lui délivrera une attestation de prise en charge.

Cette attestation de prise en charge dispensera le Bénéficiaire de tout paiement des frais d'hospitalisation, dans la limite du contrat et en tout état de cause **dans la limite de 300 % de la Base de Remboursement** pour les honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire, à l'exception des frais personnels.

Si l'hospitalisation n'a donné lieu à aucune prise en charge par l'INSTITUTION, le Bénéficiaire règle son séjour hospitalier à l'établissement.

#### 13.4 Demandes de Remboursement

**13.4.1** Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-dessous doivent être produites à l'INSTITUTION dans un délai maximum de deux ans suivant la survenance des soins ou du décès par le Bénéficiaire. A défaut, le Bénéficiaire se voit opposer la prescription visée au point 7.2 de la présente notice d'information.

**13.4.2** Les demandes de prestations, accompagnées des pièces justificatives doivent être produites auprès de l'INSTITUTION dans un délai maximum de **deux ans** suivant la date du décompte de la Sécurité sociale ou de survenance des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale.

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

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

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

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

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

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

### **13.5 Justificatifs et contrôle**

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

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

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

Outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, le service médical de l'INSTITUTION se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du Bénéficiaire.

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

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

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

**13.5.5** Les justificatifs à fournir par le Bénéficiaire pour ses demandes de remboursement sont détaillés ci-après.

<b>➤ Bénéficiaire NOEMIE</b>	<b>Justificatifs à fournir</b>
<b>Hospitalisation à domicile (HAD)</b>	Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de la journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordination de la structure HAD
<b>Soins courants</b> (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante,...)	Aucun document
<b>Médecine douce</b>	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)
<b>Optique</b>	Facture détaillée et acquittée

<b>Chirurgie réfractive</b>	<p>En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent et :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• soit nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction,</li> <li>• soit la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction,</li> </ul> <p>Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité Sociale</p> <p>Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré</p>
<b>Prothèses dentaires – Orthodontie – Parodontologie</b> prises en charge ou non par la Sécurité sociale	Imprimé type de l'INSTITUTION et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Nomenclature de la Sécurité sociale*
<b>Maternité</b>	Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou acte d'enfant sans vie
<b>Adoption</b>	Photocopie du certificat définitif d'adoption
<b>Cure thermale</b>	Facture acquittée du séjour

<b>➤ Non Bénéficiaire NOEMIE</b>	<b>Justificatifs à fournir</b>
<b>Pour les soins pris en charge par la Sécurité sociale</b>	Décompte original de la Sécurité sociale Justificatifs ci-dessus

<b>➤ Pour tout acte ou frais non pris en charge par la Sécurité sociale</b>
Facture originale acquittée

<b>➤ En cas de tiers payant avec la Sécurité sociale mais sans tiers payant avec l'INSTITUTION</b>
Facture acquittée du Ticket Modérateur

\* Le PARTICIPANT peut transmettre à l'INSTITUTION, pour avis préalable sur le montant de sa prestation, un devis détaillé du praticien indiquant la codification des actes.



# L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE

---

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

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

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

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

## A QUI S'ADRESSER

**HUMANIS**  
**Service Social**  
**N° Cristal 09-72-72-23-23**  
**Appel non surtaxé**