



CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ETABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT PRIVE SOUS CONTRAT

NOTICE D'INFORMATION ***CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF OPTION 3***

FRAIS DE SANTE

(Ref : NI/HP/ CCN EPSC/ SANTE 12.15)

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

SOMMAIRE

VOTRE CONTRAT DE PREVOYANCE	3
Vos garanties Frais de Santé	4
PREMIERE PARTIE DISPOSITIONS GENERALES	8
DEFINITIONS	8
CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE	10
AFFILIATION OBLIGATOIRE DES PARTICIPANTS ET DE LEURS AYANTS DROIT/ AFFILIATION FACULTATIVE DES PARTICIPANTS ET DE LEURS AYANTS DROIT	11
MAINTIEN DES GARANTIES	16
COTISATIONS	18
EFFET DE LA RESILIATION OU DU NON-RENOUVELLEMENT DU CONTRAT VIS-A- VIS DU PARTICIPANT OU DE SES AYANTS DROIT	19
RECOURS - PRESCRIPTION	20
RECLAMATIONS – MEDIATION	21
CONTROLE DE L'INSTITUTION	21
DISPOSITIONS DIVERSES	21
DEUXIEME PARTIE DEFINITION DES GARANTIES	23
GARANTIES FRAIS DE SANTE	23
RISQUES EXCLUS	27
TROISIEME PARTIE VERSEMENT DES PRESTATIONS	28
MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	28

VOTRE CONTRAT DE PREVOYANCE

Votre établissement relevant de la Convention Collective des Etablissements d'Enseignements Privé Sous Contrat a adhéré au contrat surcomplémentaire collectif option 3 frais de santé assuré par HUMANIS PREVOYANCE, afin de permettre à son personnel assuré de bénéficier de garanties Frais de santé complémentaires aux garanties du contrat socle conventionnel obligatoire des Etablissements d'Enseignements Privé Sous Contrat et du régime Option 2 souscrits auprès de l'INSTITUTION.

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**

Tél 09 69 32 33 47 : (appel non surtaxé)

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE

Le total des remboursements de la Sécurité Sociale réels ou reconstitués, d'HUMANIS PREVOYANCE, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses engagées.

Les garanties ci-dessous s'entendent y compris les remboursements effectués au titre de l'option 2
Les garanties telles qu'exprimées ci-dessous s'entendent en complément du remboursement de la Sécurité sociale

	OPTION 3 (y compris Option 2)
HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET OBSTETRICALE * (secteur conventionné et non conventionné (1))	
Frais de séjour (**)	400% BR-SS
Honoraires médicaux, chirurgicaux et obstétricaux ** (signataire OPTAM/ OPTAM CO)	400 % BR-SS
Honoraires médicaux, chirurgicaux et obstétricaux ** (non signataire OPTAM/ OPTAM CO)	200 % BR-SS
Forfait journalier sans limitation de durée (y compris en service psychiatrique)	100 % des Frais Réels
Chambre particulière (y compris maternité)	2,5 % du PMSS(1) par jour
Frais d'accompagnement (Enfant de moins de 16 ans)	2 % du PMSS(1) par jour
PRATIQUE MEDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné (1))	
Visites, consultations de généralistes (signataire OPTAM/ OPTAM CO)	370 % BR-SS
Visites, consultations de généralistes (non signataire OPTAM/ OPTAM CO)	130 % BR-SS
Visites, consultations de spécialistes, de neuropsychiatres (signataire OPTAM/ OPTAM CO)	370 % BR-SS
Visites, consultations de spécialistes, de neuropsychiatres (non signataire OPTAM/ OPTAM CO)	180 % BR-SS
Analyses médicales et travaux de laboratoire	150 % BR-SS
Actes d'imagerie, échographie et doppler (signataire OPTAM/ OPTAM CO)	200 % BR-SS
Actes d'imagerie, échographie et doppler (non signataire OPTAM/ OPTAM CO)	180 % BR-SS
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	150 % BR-SS
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux (signataire OPTAM/ OPTAM CO)	200 % BR-SS
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux (non signataire OPTAM/ OPTAM CO)	180 % BR-SS
MEDECINE DOUCE	
Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Etiopathe (****)	Remboursement global de 50 € par séance dans la limite de 5 séances par année civile et par bénéficiaire
TRANSPORT	
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire	200 % BR-SS
PHARMACIE	
Pharmacie y compris vaccins remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR-SS
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	100 € par an et par bénéficiaire
Vaccins prescrits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et non remboursés par la Sécurité sociale	10 € par an et par bénéficiaire

OPTIQUE	1 équipement (verres + monture) tous les 2 ans sauf mineurs et/ou en cas de l'évolution de la vue dans la limite d'un équipement par an Prise en charge limitée à 150€ pour la monture le cas échéant
Pour un équipement dont les verres relèvent de deux classes différentes, la garantie applicable est la moyenne des garanties de chaque classe	
Réseau partenaire :	
<ul style="list-style-type: none"> . Verres simple foyer, sphériques (***) <ul style="list-style-type: none"> o Sphère de - 6 à + 6 dioptries o Sphère de - 6,25 à - 10 ou + 6,25 à 10 dioptries o Sphère < - 10 ou > + 10 dioptries . Verres simple foyer, sphéro-cylindriques (***) <ul style="list-style-type: none"> o Cylindrique < + 4 sphère de - 6 à + 6 dioptries o Cylindrique < + 4 sphère < - 6 ou > + 6 dioptries o Cylindrique > + 4 sphère de - 6 à + 6 dioptries o Cylindrique > + 4 sphère de < - 6 ou > + 6 dioptries Verres multi-focaux ou progressifs sphériques (***) <ul style="list-style-type: none"> o Sphère de - 4 à + 4 dioptries o Sphère < - 4 ou > + 4 dioptries Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques (***) <ul style="list-style-type: none"> o Sphère de - 8 à + 8 dioptries o Sphère < - 8 ou > + 8 dioptries 	<ul style="list-style-type: none"> 100%FR-SS 100% FR-SS 100%FR-SS 100%FR-SS 100%FR-SS 100%FR-SS 100%FR-SS 100%FR-SS 100%FR-SS 100%FR-SS
. Monture (***)	150 €
Hors Réseau partenaire :	
<ul style="list-style-type: none"> . Verres simple foyer, sphériques (***) <ul style="list-style-type: none"> o Sphère de - 6 à + 6 dioptries o Sphère de - 6,25 à - 10 ou + 6,25 à 10 dioptries o Sphère < - 10 ou > + 10 dioptries . Verres simple foyer, sphéro-cylindriques (***) <ul style="list-style-type: none"> o Cylindrique < + 4 sphère de - 6 à + 6 dioptries o Cylindrique < + 4 sphère < - 6 ou > + 6 dioptries o Cylindrique > + 4 sphère de - 6 à + 6 dioptries o Cylindrique > + 4 sphère de < - 6 ou > + 6 dioptries Verres multi-focaux ou progressifs sphériques (***) <ul style="list-style-type: none"> o Sphère de - 4 à + 4 dioptries o Sphère < - 4 ou > + 4 dioptries Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques (***) <ul style="list-style-type: none"> o Sphère de - 8 à + 8 dioptries o Sphère < - 8 ou > + 8 dioptries 	<ul style="list-style-type: none"> 100 € 110 € 120 € 110 € 120 € 130 € 150 € 210 € 220 € 230 € 260 €
Monture (***)	150 €
Lentilles de contact correctrices remboursées ou non remboursées par la SS (y compris lentilles jetables)	11 % du PMSS(2) par bénéficiaire par année civile et pour l'ensemble desdites lentilles avec un minimum de 100% TM au-delà du forfait pour les lentilles remboursées
Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser	25 % du PMSS(3) par œil

DENTAIRE	
Consultations et Soins dentaires (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et la parodontologie pris en charge par la SS	200 % BR-SS
Inlays-onlays d'obturation	450 % BR-SS
Prothèses dentaires prises en charge par la SS Prothèses fixes et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations)	400 % BR-SS
Inlays-cores	250 % BR-SS
Piliers de bridge sur dent saine non pris en charge par la SS	322,50 € par pilier Remboursement correspondant à 300% BR reconstituée (BR : 107,50 €)
Implants non pris en charge par la SS	800 € par implant
Parodontologie (curetage/surfaçage, greffe gingivale et lambeau) non prise en charge par la SS	400 € / an /bénéficiaire
Orthodontie prise en charge par la SS	450 % BR-SS
Orthodontie non prise en charge par la SS	300 % BR reconstituée BR : 193,50 €
APPAREILLAGE	
Prothèses auditives (Prise en charge par la SS)	100 % BR-SS majoré de 300 € par oreille par an et par bénéficiaire
Orthopédie et autres prothèses non dentaires et non auditives (Prise en charge par la SS)	200 % BR-SS
INDEMNITES FORFAITAIRES	
Cures thermales: honoraires et soins, forfait	150 % BR-SS majoré de 10 % du PMSS(5)
Maternité	15 % du PMSS(4)
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> <ul style="list-style-type: none"> . 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) <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> <ul style="list-style-type: none"> . 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 ; 	100%BR-SS

- 1 -- En vigueur au 1er jour de l'hospitalisation
- 2 -- En vigueur au jour de la dépense
- 3 -- En vigueur au jour de l'intervention
- 4 -- En vigueur à la date de la naissance
- 5 -- En vigueur au 1er jour de la cure

(*) Y compris hospitalisation médicale, chirurgicales et obstétricale de moins de 24 heures, intervention chirurgicale sans hospitalisation et hospitalisation à domicile.

(**)

Les frais sont ceux correspondant aux frais de séjour (à l'exclusion du forfait journalier de la Sécurité sociale), aux frais de salle d'opération, à la pharmacie et autres frais médicaux)

(***) 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 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.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

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

FR : Frais Réels

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

SS : Sécurité Sociale

TM : Ticket modérateur

PREMIERE PARTIE

DISPOSITIONS GENERALES

Pour la présente notice, l'entreprise est dénommé l'« ADHERENT », le salarié le « PARTICIPANT » et HUMANIS PREVOYANCE l'« INSTITUTION ».

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, le cas échéant, ses ayants droit dans les conditions définies au contrat.

Bulletin d'adhésion : Acte rempli et signé par l'ADHERENT par lequel il adhère au contrat.

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, à charge au sens de la Sécurité sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale.

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 II, par le médecin de Secteur I titulaire du droit permanent à dépassement et par le médecin de Secteur I disposant des titres lui permettant d'accéder au Secteur II, en application des dispositions de l'avenant n° 8 à la convention médicale publié au Journal officiel du 6 décembre 2012.

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

Contrat surcomplémentaire : A adhésion facultative, il intervient en complément d'un contrat socle conventionnel, sous déduction du remboursement opéré par le régime d'assurance maladie obligatoire et dudit contrat socle.

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.

Entreprise Filiale Adhérente : Personne morale entretenant des liens capitalistiques avec l'Adhérent et qui adhère au contrat souscrit par ce dernier.

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

Nomenclature : 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 : 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 1^{er} 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 ».

Le dispositif de 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.

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

PARTICIPANT : Personne physique appartenant à la Catégorie définie au Bulletin d'adhésion 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.

Rémunération brute : Sommes et avantages perçus par le Participant assujettis à charges sociales dans les conditions prévues à l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale.

Secteur conventionné et secteur non conventionné :

- ❖ **Secteur conventionné** : ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs contrôlés
 - en **secteur 1** : ils s'engagent à respecter les bases de remboursement de la Sécurité sociale,
 - en **secteur 2** : ils sont autorisés à dépasser les bases de remboursement de la Sécurité sociale.

Le Participant devra alors supporter le dépassement de tarif, la Sécurité sociale ne remboursant que sur la base du tarif de référence.

Secteur non conventionné : ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale. Ils pratiquent des tarifs libres. Le remboursement des actes par la Sécurité sociale est alors effectué sur une base minorée.

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

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

Ticket Modérateur : Part des frais de santé non remboursée par le régime d'assurance maladie obligatoire en application de l'article L. 322-2 I du Code de la Sécurité Sociale.

Tranches soumises à cotisations sociales :

- Tranche A : Fraction de la Rémunération brute annuelle au plus égale au Plafond annuel de la Sécurité sociale.
- Tranche B : Fraction de la Rémunération brute annuelle comprise entre le Plafond annuel de la Sécurité sociale et quatre fois celui-ci.
- Tranche C : Fraction de la Rémunération brute annuelle comprise entre quatre fois le Plafond annuel de la Sécurité sociale et huit fois celui-ci.

CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

Le contrat objet de la présente Notice 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 L. 1111-15 du Code de la santé publique (accès au dossier Médical Personnel).**

- **les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque le Salarié et ses ayants droit consultent sans prescription du médecin traitant.**
- **les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.**

La présente notice 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 à la présente notice d'information 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 la présente notice, les règles du contrat responsable prévaudront.

La présente notice d'information est modifiée de plein droit par l'évolution légale ou réglementaire des conditions posées au « Contrat Responsable » ou au « Contrat Solidaire ».

AFFILIATION OBLIGATOIRE DES PARTICIPANTS ET DE LEURS AYANTS DROIT/ AFFILIATION FACULTATIVE DES PARTICIPANTS ET DE LEURS AYANTS DROIT

L'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif option 3 est proposée à chaque membre du personnel de la catégorie assurée de l'ADHERENT, nécessairement PARTICIPANT au titre du contrat socle conventionnel collectif obligatoire des établissements d'enseignement privé sous contrat et du régime Option 2.

Dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire : affiliation des PARTICIPANTS

Le contrat entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de chaque membre du personnel de l'ADHERENT, appartenant à la Catégorie assurée.

L'usage, par l'ADHERENT, des facultés offertes à l'article R. 242-1-6 du Code de la Sécurité Sociale de dispenser d'affiliation certains membres du personnel, est admis par l'INSTITUTION.

Lors de l'adhésion de l'ADHERENT, ou de son entrée en fonction, chaque membre du personnel appartenant à la Catégorie assurée renseigne et signe le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle établi par l'INSTITUTION.

Il y précise notamment son état civil et celui, le cas échéant, de ses ayants droit.

L'affiliation prend effet :

- à la date de prise d'effet du contrat lorsque le membre du personnel appartient à la Catégorie assurée à cette date,
- pour les anciens salariés 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 assurée si elle est postérieure à la date d'effet du contrat.

Dans le cadre d'une adhésion collective facultative : affiliation des PARTICIPANTS

Le contrat permet à chaque personne appartenant à la Catégorie assurée, qui le souhaite, de bénéficier des garanties prévues à la présente notice, moyennant le paiement des cotisations.

L'affiliation du PARTICIPANT ne peut produire ses effets que dans la mesure où chaque PARTICIPANT, renseigne intégralement et signe le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle établi par l'INSTITUTION, dans lequel il précise notamment son état civil et, le cas échéant, ses ayants droit.

L'INSTITUTION émet un document de confirmation d'affiliation mentionnant la date de prise d'effet des garanties et les caractéristiques de cette affiliation. En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur ce document fait foi entre les parties.

Sous réserve du respect des dispositions ci avant, l'adhésion individuelle prend effet :

- à la date à laquelle le PARTICIPANT bénéficie du contrat socle conventionnel collectif obligatoire des établissements d'enseignement privé sous contrat souscrit par L'ADHERENT et du régime Option 2, s'il choisit d'adhérer à cette date,
- à défaut, si le PARTICIPANT choisit d'adhérer à une date postérieure, au 1^{er} jour du mois suivant la réception par l'INSTITUTION de la demande du PARTICIPANT.

Bénéficiaires et Ayants droit

Choix des Bénéficiaires

Le PARTICIPANT doit, en tout état de cause couvrir ses ayants droit affiliés au contrat socle conventionnel collectif obligatoire des établissements d'enseignement privé sous contrat et au régime Option 2. Les bénéficiaires au titre de ce contrat sont strictement identiques à ceux affiliés au contrat socle conventionnel collectif obligatoire des établissements d'enseignement privé sous contrat et au régime Option 2.

Définition des Ayants droit

Sont ayants droit du PARTICIPANT, selon les définitions prévues à l'article « DEFINITIONS » de la présente notice d'information :

- ✓ le Conjoint,
- ✓ le Partenaire d'un PACS,
- ✓ le Concubin,
- ✓ Les enfants du PARTICIPANT, et s'ils vivent au foyer, ceux de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou ceux de son concubin :
 - A charge au sens de la Sécurité sociale âgés de moins de 21 ans (Cf. article L.313-3 2° du code de la Sécurité sociale),
 - Agés de moins de 26 ans et affiliés au régime de la Sécurité sociale des étudiants,
 - Agés de moins de 26 ans et poursuivant des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance (notamment contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation),

- Agés de moins de 26 ans et étant à la recherche d'un premier emploi, inscrits à l'Assurance Chômage et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi),
- Quel que soit leur âge, s'ils sont reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) avant leur 21^{ème} anniversaire.

Affiliation des Ayants droit

La déclaration des ayants droit s'effectue au moment de l'affiliation du PARTICIPANT. Toutefois, postérieurement à celle-ci, l'INSTITUTION accepte la modification des ayants droit en cas d'évolution de la situation familiale du PARTICIPANT (notamment naissance, décès, séparation...). Le PARTICIPANT est tenu d'informer l'ADHERENT et l'INSTITUTION de ces modifications. Cette modification prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception par l'INSTITUTION de la demande d'affiliation.

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,
- un certificat de concubinage délivré par la mairie, à défaut un 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 ou de son Conjoint, de son Partenaire lié par un PACS ou de son Concubin,
 - le certificat de scolarité,
 - la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - la copie de la carte d'invalidité,
 - l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
 - la copie de la notification de l' Allocation d'Education Enfant Handicapé ou de l'Allocation d'Adulte Handicapé.

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.

Cessation de l'affiliation des ayants droit

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

Elle cesse également :

- à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions posées ci-avant ;
- au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les ayants droit justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur,

La cessation de l'affiliation des ayants droit au titre du contrat socle conventionnel collectif obligatoire des établissements d'enseignement privé sous contrat et du régime Option 2 emporte nécessairement la cessation de l'affiliation des ayants droit du contrat surcomplémentaire collectif option 3.

Durée et renouvellement de l'affiliation facultative du PARTICIPANT (dans le cadre d'une adhésion collective facultative) :

Durée et renouvellement de l'adhésion individuelle du PARTICIPANT

L'adhésion individuelle du PARTICIPANT au contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative option 3 se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction d'année en année, sauf dans les cas de cessation visés ci-dessous.

Cessation de l'adhésion individuelle du PARTICIPANT

Sous réserve de l'application de l'article « Maintien des garanties santé au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité Sociale : la « portabilité des droits » » de la présente notice d'information, l'adhésion individuelle du PARTICIPANT au contrat surcomplémentaire collectif facultatif option 3 cesse de plein droit :

- soit à la date de résiliation ou de non-renouvellement de l'adhésion de l'entreprise au contrat surcomplémentaire collectif facultatif option 3,
- soit à la date à laquelle le PARTICIPANT ne fait plus partie des membres du personnel de l'ADHERENT.

L'adhésion individuelle du PARTICIPANT peut également cesser :

- **à la demande du PARTICIPANT :**
 - au 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec avis de réception, sous réserve que cette demande parvienne à l'INSTITUTION au plus tard le 31 octobre.
 - en cas de modification apportée à ses droits et obligations par l'Institution dans les conditions prévues à l'article 9.

La dénonciation par le PARTICIPANT de son adhésion individuelle est définitive, de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler de demande d'adhésion individuelle au contrat surcomplémentaire collectif facultatif option 3, sauf dérogation accordée par l'INSTITUTION.

- **à la demande de l'INSTITUTION :**
 - en cas de non-paiement des cotisations.
 - en cas de non acceptation par le PARTICIPANT des propositions de révisions des cotisations formulées par l'INSTITUTION. L'INSTITUTION procédera alors, de plein droit, à la résiliation de l'adhésion individuelle du PARTICIPANT au dernier jour précédant la date de prise d'effet dudit changement.

La cessation de l'adhésion individuelle entraîne la fin des garanties du contrat

surcomplémentaire collectif à adhésion facultative option 3.

Le PARTICIPANT qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de la cessation de son adhésion individuelle 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.

La radiation du PARTICIPANT entraîne, à la même date, la radiation de l'ensemble des membres de sa famille.

Cessation de l'affiliation des PARTICIPANTS (dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire)

Sous réserve de l'application de l'article « Maintien des garanties santé au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité Sociale : la « portabilité des droits » » 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 d'adhésion de l'entreprise au contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire option 3,
- soit à la date de sortie des effectifs,
- soit à la date de départ à la retraite, à l'exception des PARTICIPANTS reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'ADHERENT,
- et, en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire option 3.

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire option 3.

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

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

La radiation du PARTICIPANT entraîne, à la même date, la radiation de l'ensemble des membres de sa famille.

Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

Dispositions spécifiques applicables en cas de suspension du contrat de travail avec maintien de rémunération ou perception d'indemnités.

Le bénéfice des garanties est maintenu au PARTICIPANT dont le contrat de travail est suspendu notamment suite à une maladie, une maternité ou un accident moyennant le paiement des cotisations, s'il bénéficie :

- soit d'un maintien total ou partiel de rémunération,
- soit d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, complémentaires financées au moins pour partie par l'ADHERENT, qu'elles soient versées directement par l'ADHERENT ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Dispositions spécifiques applicables en cas de suspension du contrat de travail sans maintien de revenu.

- En cas de suspension du contrat de travail non visée à l'article précédent d'une durée inférieure à un mois, l'affiliation au contrat et par conséquent les garanties sont maintenues au PARTICIPANT. L'ADHERENT est tenu au paiement des cotisations ainsi que le PARTICIPANT sur la base des dispositions ci-dessous.

- En cas de suspension du contrat de travail non visée à l'article précédent d'une durée supérieure ou égale à un mois, les garanties sont suspendues. Toutefois, le PARTICIPANT peut demander à l'INSTITUTION le maintien des garanties, moyennant le paiement des cotisations à la charge exclusive du PARTICIPANT.

Lorsque les garanties sont maintenues :

1) L'ADHERENT est tenu :

- d'informer l'INSTITUTION de la suspension du contrat ;
- d'informer l'INSTITUTION du choix du PARTICIPANT de bénéficier du maintien des garanties et, le cas échéant, du maintien des garanties au profit de ses ayants droit ; ainsi que de communiquer à l'INSTITUTION tout document émanant du PARTICIPANT et constatant le choix de celui-ci.

2) Si les cotisations sont à la charge du PARTICIPANT, il est tenu :

- de fournir à l'INSTITUTION les informations nécessaires au paiement des cotisations permettant le maintien des garanties (coordonnées bancaires, autorisation de prélèvement...) ;
- de payer les cotisations afférentes au maintien des garanties.

A défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par l'INSTITUTION, par lettre recommandée avec avis de réception, au PARTICIPANT, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner son exclusion du groupe.

A défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, l'INSTITUTION peut exclure le PARTICIPANT du groupe, sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard mentionnées.

Durant le maintien des garanties, la couverture éventuelle des ayants droit est mise en œuvre ou maintenue dans les conditions prévues à l'article « Bénéficiaires et ayants droit ».

MAINTIEN DES GARANTIES

Maintien des garanties santé au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité Sociale : la « portabilité des droits »

CONDITIONS AU MAINTIEN DE L'AFFILIATION

Sous réserve pour le PARTICIPANT d'être éligible au dispositif de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale, l'affiliation au contrat surcomplémentaire collectif option 3 et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les bénéficiaires sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail du PARTICIPANT à condition que la cessation résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Toute modification de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale emporte de plein droit la modification au présent article au jour de son entrée en vigueur.

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 complété 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.

EFFET ET DUREE DU MAINTIEN DE L’AFFILIATION

L’affiliation du PARTICIPANT au contrat surcomplémentaire collectif option 3 est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d’indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu’ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois**.

La suspension des allocations du régime d’assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n’a pas d’incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d’autant.

En tout état de cause, l’affiliation au contrat surcomplémentaire collectif option 3 du PARTICIPANT cesse de plein droit :

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d’assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d’une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès) ;
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après.
- en cas de résiliation du contrat d’adhésion de l’entreprise au contrat surcomplémentaire collectif option 3.

OBLIGATIONS DECLARATIVES

Le PARTICIPANT s’engage à fournir à l’INSTITUTION :

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

GARANTIES

Le PARTICIPANT bénéficie des garanties prévues au contrat surcomplémentaire collectif option 3 au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail sans possibilité de les modifier le cas échéant. Le maintien de garanties est accordé aux ayants droit, tels que définis au contrat.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat surcomplémentaire collectif option 3 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 surcomplémentaire collectif option 3, notamment en lui remettant l’addenda modificatif de la notice d’information ou la nouvelle notice d’information établie par l’INSTITUTION.

FINANCEMENT

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

7.3 Maintien des garanties Santé au titre de l’article 6 de la loi Evin du 31 décembre 1989

Sous réserve d’en faire la demande à l’INSTITUTION, les PARTICIPANTS peuvent continuer à bénéficier de garanties Frais de Santé à titre individuel, y compris au terme du maintien de couverture

au titre de la portabilité, moyennant le paiement de cotisations appliquées au règlement concerné à la date d'effet de la résiliation du contrat, dans les cas suivants :

- cessation de l'adhésion individuelle,
- résiliation ou non-renouvellement du contrat.

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

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

COTISATIONS

Paiement des cotisations

Les cotisations sont recouvrées selon la périodicité indiquée au contrat souscrit par l'ADHERENT. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le PARTICIPANT et de la communication à l'INSTITUTION des justificatifs visés à l'article « Affiliation et modification des bénéficiaires ».

La structure de cotisations, peut-être au choix de l'ADHERENT, une structure Tarif Salarié / Conjoint / Enfant ou Tarif Famille.

Dans le cadre de la structure Tarif Salarié / Conjoint / Enfant :

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le Participant et de la communication à l'Institution des justificatifs visés à l'article « justificatifs à fournir », soit :

Cotisation « **Salarié** » : le PARTICIPANT,

Cotisation « **Conjoint** » : son conjoint, son partenaire lié par un PACS ou son concubin même s'il bénéficie à titre personnel du Régime de la Sécurité sociale,

Cotisation « **Enfant** » : les enfants à charge tels que définis dans la présente notice d'information.

La cotisation « Enfant » est gratuite à compter du 3^{ème} enfant affilié.

Dans le cadre de la structure Tarif Famille :

Cotisation « **Famille** » : le PARTICIPANT, son conjoint, son partenaire lié par un PACS ou son concubin même s'il bénéficie à titre personnel du Régime de la Sécurité sociale, et les enfants à charge tels que définis dans la présente notice d'information.

L'appel des cotisations est effectué selon les dispositions mentionnées au contrat. Il peut être effectué :

- **soit auprès de l'ADHERENT :**

La répartition des cotisations entre l'ADHERENT et les PARTICIPANTS est fixée par l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise. Toutefois, l'ADHERENT est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'INSTITUTION. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'INSTITUTION, aux différentes échéances prévues.

- **soit auprès du PARTICIPANT :**

Dans ce cas les cotisations seront recouvrées dans les conditions définies sur le bulletin

d'affiliation et d'adhésion Individuelle.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'ADHERENT ou le PARTICIPANT peut se voir appliquer, des majorations de retard fixées au taux de 2,6 %, à compter de l'échéance.

En outre, l'INSTITUTION se réserve le droit de résilier le contrat, dans les conditions légales et réglementaires et conformément aux dispositions prévues ci-dessous.

Défaut de paiement des cotisations

- Lorsque l'appel des cotisations est effectué auprès de l'ADHERENT (assurant le précompte de la cotisation sur le salaire du PARTICIPANT), il est fait application des dispositions suivantes :

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dues dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par l'INSTITUTION, par lettre recommandée avec avis de réception, à l'ADHERENT. A défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, l'INSTITUTION pourra résilier le contrat sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard mentionnées ci-avant.

L'INSTITUTION se réserve le droit d'informer directement les PARTICIPANTS de la défaillance de l'ADHERENT.

- Lorsque l'appel des cotisations est effectué auprès du PARTICIPANT, il est fait application des dispositions suivantes :

A défaut de paiement de la cotisation due dans les dix jours de son échéance, l'adhésion individuelle du PARTICIPANT pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées.

La résiliation de l'adhésion individuelle par l'INSTITUTION ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard mentionnées ci-avant.

Le contrat ou l'adhésion individuelle non résiliés reprennent effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'INSTITUTION les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

EFFET DE LA 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 de l'article « Demandes de Remboursement » de la présente notice d'information.

RECOURS - PRESCRIPTION

Recours subrogatoire

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

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

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

Prescription

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par DEUX ANS à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Lorsque l'action de l'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 portée à dix ans pour les prestations Frais d'obsèques dès lors que le Bénéficiaire n'est pas le MEMBRE Participant ;

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 demande d'avis de réception par l'Institution à l'Adhérent lorsque celui-ci assure le précompte de la cotisation ou au Participant lorsque l'Adhérent n'assure pas ce précompte.**
- **en ce qui concerne le règlement de la prestation, de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par le Participant ou l'ayant droit à l'Institution.**

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

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 présent contrat, à l'adresse suivante :

Humanis Prévoyance
Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45 777 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 du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), 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.

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

DISPOSITIONS DIVERSES

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 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

Prospection commerciale par voie téléphonique

Le Participant qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL » par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Société OPPOSETEL, service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret – 10 000 TROYES.

Toutefois, tant que le contrat est en cours et sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire en assurance, cette inscription n'interdit pas à l'Institution de démarcher téléphoniquement le Participant, si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de l'Institution, à l'adresse mentionnée à l'article ci-dessus, à l'utilisation de ses 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

GARANTIES FRAIS DE SANTE

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'application des risques exclus et des frais non pris en charge visés à l'article « contrat solidaire et responsable ».

Les garanties Frais de Santé prévues au contrat répondent aux conditions définies par décret en application de l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité Sociale.

Elles sont également conformes aux dispositions du Contrat Responsable visées à l'article 3. Elles respectent notamment les *minima* et les *maxima* de garanties prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

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 dans les tableaux de garanties.

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

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

La prise en charge des dépassements d'honoraires des professionnels de santé spécialistes et généralistes, hors parcours de soins, est réduite dans les mêmes conditions quel que soit le secteur conventionnel d'exercice. Lorsque ces mêmes professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et non signataire du Contrat d'accès aux soins, la base de remboursement retenue pour le calcul de la prise en charge du dépassement d'honoraires pratiqué est celle du tarif d'autorité.

Peuvent donner lieu à remboursement les frais suivants, selon les garanties effectivement souscrites, prévues au tableau de garanties annexé à la présente Notice. 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.

Frais d'hospitalisation en secteurs conventionné et non conventionné (y compris maternité) :

- **Hospitalisation chirurgicale :**
 - **Frais chirurgicaux proprement dits.**
- **Hospitalisation médicale :**
 - **Pour tout séjour notamment en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence au 1^{er} jour d'hospitalisation.**
 - **Hospitalisation à domicile (HAD) remboursée par la Sécurité sociale.**
- **Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations chirurgicales ou médicales :**
 - Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques).
 - Honoraires : Honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin ayant signé ou non un Contrat d'Accès aux Soins– les dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).
 - Forfait journalier 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).
 - Forfait ambulatoire.
 - Frais de chambre particulière (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**).
 - Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de moins de 12 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 ».

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

 - **Participation forfaitaire pour les actes coûteux.**
 - **Péridurale.**

Soins de ville en secteurs conventionné et non conventionné :

- 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 médecin spécialiste ayant signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).
- Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie réalisés par un médecin ayant signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).
- Biologie médicale.
- Participation forfaitaire pour les actes coûteux.
- Ostéodensitométrie.
- Amniocentèse.

Pharmacie :

- Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale.
- Frais pharmaceutiques prescrits mais non remboursés par la Sécurité sociale.
- Vaccins.
- Pilules contraceptives.
Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac (médicaments d'aide à l'arrêt du tabac recommandés par la Haute Autorité de Santé, hors cigarettes électroniques).

Appareillage :

- Orthopédie et prothèses diverses.
- Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse auditive.
- Prothèses capillaires et mammaires remboursées par la Sécurité sociale.

Frais de Transport

Frais dentaires :

- Soins et actes dentaires (soins, prophylaxie bucco-dentaire, endodontie) remboursés par la Sécurité sociale.
- Parodontologie remboursée ou non par la Sécurité sociale.
- Inlays, Onlays remboursés par la Sécurité Sociale.
- Prothèses dentaires remboursées ou non par la Sécurité sociale.
- Orthodontie remboursée ou non par la Sécurité sociale.
- Implants : implant, pilier implantaire.
- Prophylaxie non remboursée par la Sécurité sociale.

Les réparations sur prothèses à caractère esthétique non remboursées par la Sécurité sociale ne font l'objet d'aucun remboursement

Frais d'optique :

- Équipement optique remboursé par la Sécurité sociale (deux verres et une monture) : les prestations dépendent du degré de correction (dioptrie).

La prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans. Le renouvellement de l'équipement dans un délai inférieur à 24 mois suivant l'acquisition précédente ne pourra donner lieu à une prise en charge par le présent Contrat. Par dérogation, cette période est réduite à un an pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une 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'acquisition de l'équipement par le Participant. Lorsque le bénéficiaire effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture et d'autre part les verres) celle-ci débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique et s'achève deux ans après.

La prise en charge du ticket modérateur pour l'équipement optique (deux verres et une monture) est limitée à une prise en charge tous les deux ans sauf si la garantie souscrite est limité au remboursement du ticket modérateur.

- **Lentilles cornéennes remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables).**
- **Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux).**

Maternité et adoption :

- **Maternité : Une allocation, destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais liés 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.

Prévention :

Les actes de prévention sont pris en charge par l'Institution au titre de chaque poste de garanties concernés par ces actes :

- le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sur les 1^{ères} et 2^{ème} molaires permanentes des enfants avant leur 14^{ème} anniversaire, à raison d'une fois par dent,
- un détartrage annuel complet, effectué en 2 séances maximum,
- un bilan du langage oral et/ou un bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit pour les enfants de moins de 14 ans, à condition qu'il s'agisse d'un 1^{er} bilan,
- le dépistage de l'hépatite B,
- le dépistage, une fois tous les 5 ans, des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour les actes d'audiométrie tonale et/ou vocale (dans le bruit ou avec tympanométrie),
- l'acte d'ostéodensitométrie osseuse remboursable par l'Assurance Maladie (pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans),
- les vaccins suivants : Diphtérie, tétanos et poliomyélite (à 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 pour les enfants de moins de 18 mois.

Médecine alternative : Par dérogation à l'article 17 « RISQUES EXCLUS », peuvent être pris en charge les actes effectués par les praticiens listés dans le tableau de garanties figurant dans les Conditions Particulières.

Les actes doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat, inscrit au registre préfectoral et exerçant en France.

Cure Thermale :

Les frais de cure thermale (forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement) remboursés par la Sécurité sociale.

Soins engagés à l'étranger

L'INSTITUTION garantit les dépenses de soins ou interventions engagées à l'étranger dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention de même nature avec le régime français.

Séjours temporaires à l'étranger, salariés détachés, résidents à l'étranger

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

Dans les deux cas elle intervient en complément des tarifs théoriques de la Sécurité Sociale française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues dans le tableau des garanties.

Le contrat ne couvre pas les salariés expatriés.

Justificatifs

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

RISQUES EXCLUS

Ne donnent pas lieu aux garanties définies à l'article 16 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

MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Services de 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 du Participant et ses ayants droit 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 ayants droit doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

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

La prise en charge hospitalière

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

Cette attestation de prise en charge dispensera le 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.

Demandes de Remboursement

- **Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-dessous doivent être produites à l'INSTITUTION par le Bénéficiaire dans un délai maximum de deux ans suivant, selon le risque en cause, la survenance des soins, l'acquittement des frais d'appareillage ou le décès. A défaut, le Bénéficiaire se voit opposer la prescription visée à l'article « prescription ».**
- 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 toutes autres pièces justificatives 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.

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

Justificatifs et Contrôle

- Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, le Bénéficiaire a la possibilité d'adresser par voie postale tout document comportant ce type de données, sous pli cacheté portant la mention "Confidentiel", à l'attention de Monsieur le Médecin-conseil - Centre de Service Prestations Santé dont l'adresse figure sur sa carte de tiers-payant.
- Le service médical de l'INSTITUTION peut faire procéder par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé désigné par lui, au contrôle médical du Bénéficiaire qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre du contrat.

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

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

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

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

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 ...).

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

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

Les justificatifs à fournir par le PARTICIPANT pour ses demandes de remboursement :

Bénéficiaire NOEMIE	Justificatifs à fournir
<p>Hospitalisation chirurgicale ou médicale Etablissement conventionné ou non conventionné</p>	<p>Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...)</p>
<p>Hospitalisation à domicile (HAD)</p>	<p>Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD</p>
<p>Soins courants (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante,..)</p>	<p>Aucun document</p>
<p>Médecine douce</p>	<p>Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)</p>
<p>Optique</p> <p>- Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser</p>	<p>Facture détaillée et acquittée</p> <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"> - Soit une nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction ; - Soit la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant les nouvelles corrections. <p>Prescription médicale pour les lentilles de contact correctrices non prises en charge par la Sécurité Sociale</p> <p>Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré</p>

Prothèses dentaires – Orthodontie - Parodontologie - Prises en charge ou non prises en charge 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. **
Maternité	Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou acte d'enfant sans vie
Adoption	Photocopie du certificat définitif d'adoption
Cure thermale	Facture acquittée du séjour

Non Bénéficiaire Noémie*	Justificatifs à fournir
Pour les soins pris en charge par la Sécurité Sociale	Décompte original de la Sécurité Sociale Justificatifs ci-dessus

* NOEMIE (Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs) : système de télétransmission permettant d'échanger des données informatiques entre les caisses d'Assurance Maladie et l'Institution. Ces échanges permettent aux Participants d'être remboursés rapidement sans avoir à envoyer leurs décomptes de la Sécurité sociale à l'Institution.

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

Pour tout acte ou frais non pris en charge par la Sécurité Sociale : facture originale acquittée.

En cas de tiers payant avec la Sécurité Sociale mais sans tiers payant avec l'INSTITUTION : Facture acquittée du Ticket Modérateur.