



# CCN de l'Enseignement Privé Indépendant

## Notice d'information santé

Edition janvier 2018

**Garanties frais de santé**

Référence : NI- CCN EPI -santé-2018



## Document à remettre à votre employeur

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_

certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime de prévoyance auquel il a adhéré auprès de Humanis Prévoyance en application de la Convention collective de notre profession.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
Signature



# SOMMAIRE

SOMMAIRE .....	5
PREAMBULE.....	6
▶ Modalités d'affiliation .....	6
▶ Ayants droit .....	7
GARANTIES FRAIS DE SANTE .....	10
▶ Contrat solidaire et responsable .....	10
▶ Garanties frais de santé .....	10
▶ Risques exclus.....	12
▶ Degré élevé de solidarité .....	12
▶ Modalités de versement des prestations.....	13
▶ Les justificatifs à fournir par l'assuré pour ses demandes de remboursement .....	15
DISPOSITIONS GENERALES.....	17
1) Dispositions relatives au régime de base collectif obligatoire.....	17
▶ Entrée en vigueur des garanties - Suspension et conditions de maintien .....	17
▶ Cessation de l'affiliation des assurés .....	18
▶ Maintien des garanties santé .....	18
▶ Cotisations .....	19
▶ Paiement des cotisations.....	20
2) Dispositions relatives aux garanties optionnelles .....	20
▶ Entrée en vigueur des garanties - Suspension et conditions de maintien .....	20
▶ Durée et renouvellement de l'adhésion individuelle de l'Assuré .....	21
▶ Maintien des garanties santé .....	22
▶ Cotisations .....	23
3) Effets de la résiliation ou du non renouvellement .....	23
4) Recours - Prescription .....	23
POUR MIEUX SE COMPRENDRE.....	26
L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE.....	27

# PREAMBULE

Les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale de l'Enseignement Privé Indépendant (dénommée ci-après « la Convention collective ») ont signé un accord paritaire national en date du 4 juillet 2017, se substituant au régime de frais de santé instauré par l'accord national du 22 septembre 2015. Ce régime est un régime obligatoire au profit de l'ensemble du personnel.

Votre employeur, ci-après dénommé « l'Entreprise » relevant de la Convention Collective Nationale de l'Enseignement Privé Indépendant, adhère au contrat d'assurance collective du régime frais de santé dénommée ci-après « régime de base collectif obligatoire ».

Au-delà de ces garanties, des garanties optionnelles collectives facultatives permettent d'améliorer les prestations dudit régime de base.

Le contrat est mis en œuvre par l'un des organismes assureurs recommandés suivants :

- 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, dont le siège social est à PARIS (75014) 29 boulevard Edgar Quinet,
- Harmonie Mutuelle, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°538 518 473, Siège social : 143 rue Blomet – 75015 PARIS.

Afin d'organiser une mutualisation des risques au niveau de la branche, les résultats de l'ensemble des contrats souscrits par les entreprises de la branche auprès des organismes assureurs recommandés font l'objet d'une mutualisation dans le cadre d'une convention qui précise les modalités d'établissement des comptes de cette mutualisation.

L'entreprise choisit librement l'organisme assureur auprès duquel elle souhaite souscrire le contrat. L'organisme assureur retenu est l'interlocuteur unique de l'entreprise et des salariés, et est ci-après dénommé « l'organisme assureur ».

Vous trouverez dans cette notice la présentation des garanties du régime frais de santé 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.

## ► Modalités d'affiliation

### • Régime de base : Conditions d'affiliation

Le contrat d'adhésion ou les conditions particulières au contrat socle collectif obligatoire entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de chaque membre du personnel de l'Entreprise.

Toutefois, conformément aux cas de dispenses d'affiliation mentionnés aux articles 3.2, 3.3. et 3.4 de la Convention collective, certains salariés ont la faculté de ne pas adhérer aux garanties de base obligatoires, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de l'Entreprise. A défaut de renonciation écrite exprimée par le salarié, celui-ci doit être obligatoirement affilié.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation :

- ✂ doivent être affiliés au contrat socle collectif obligatoire dès qu'ils cessent de justifier de leur situation ou de remplir les conditions posées à la dispense d'affiliation,
- ✂ peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion au contrat socle collectif obligatoire; l'adhésion prendra effet le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable.

Pour la présente notice, chaque salarié ainsi affilié est appelé « Assuré ».

Lors de l'adhésion de l'employeur ou de son entrée en fonction, chaque membre du personnel de l'Entreprise renseigne et signe le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle établi par l'organisme assureur si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par l'Entreprise par la DSN.

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

### • Adhésion individuelle aux garanties optionnelles

#### Conditions d'affiliation

Le contrat permet à chaque membre du personnel de l'Entreprise nécessairement Assuré au titre du régime de base collectif obligatoire, qui le souhaite, de bénéficier des garanties optionnelles collectives facultatives, moyennant le paiement des cotisations correspondantes.

L'adhésion individuelle ne peut produire ses effets que dans la mesure où chaque Assuré, renseigne intégralement et signe le

bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle établi par l'organisme assureur sur support papier ou dématérialisé, si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par l'entreprise par la DSN.

L'organisme assureur émet un document de confirmation d'adhésion individuelle mentionnant la date de prise d'effet des garanties et les caractéristiques de l'adhésion individuelle. 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 l'Assuré bénéficie du régime de base collectif obligatoire souscrit par l'Assuré, s'il choisit d'adhérer à cette date sous réserve d'en avoir fait la demande dans les trois mois suivant la prise d'effet du contrat. Le cas échéant, l'adhésion individuelle prendra effet à la date de la demande.
- ✦ à défaut, si l'Assuré choisit d'adhérer à une date postérieure, au 1er jour du mois suivant la réception par l'organisme assureur de la demande de l'Assuré.

### Choix de l'option par l'Assuré et règle de changement d'option

#### Choix à l'adhésion

Les garanties optionnelles offrent des niveaux de prestations différents en contrepartie de cotisations différentes. Dans ce cas l'Assuré effectue son choix, identique pour lui et ses éventuels ayants-droit, au moment de son adhésion sur le Bulletin d'Affiliation et d'Adhésion Individuelle.

#### Changement d'Option

L'Assuré peut changer d'option pour lui et ses ayants droit :

- Après un délai de deux ans, chaque 1<sup>er</sup> janvier, sous réserve que l'Assuré en fasse la demande auprès de l'organisme assureur avant le 31 octobre de l'année précédente, **l'Assuré ne peut demander à changer à nouveau d'option pendant un délai de 2 ans**,
- A l'occasion d'une modification de la situation familiale, sous réserve que l'Assuré en fasse la demande auprès de l'organisme assureur dans le mois qui suit l'évènement. Le changement d'option prend effet à la date de l'évènement.
- A l'occasion du changement du niveau de garanties du régime de base collectif obligatoire par l'Entreprise. L'Assuré dispose d'un délai de deux mois pour faire la demande du changement d'option à compter de la prise

d'effet du nouveau niveau de garanties du régime de base collectif obligatoire.

## ► Ayants droit

### Couverture des ayants droits

**Les ayants droit déclarés par l'Assuré au titre des garanties optionnelles doivent être identiques, en tout état de cause, à ceux affiliés au régime de base collectif obligatoire.**

En conséquence, la souscription des garanties optionnelles par l'Assuré emporte de plein droit l'affiliation de l'ensemble de ses ayants droit affiliés au régime de base collectif obligatoire.

### Définition des ayants droit

Sont ayants droit de l'Assuré :

- ✦ le conjoint de l'Assuré non divorcé ou non séparé de corps judiciairement,
- ✦ le partenaire lié à l'Assuré par un Pacte Civil de Solidarité (PACS)
- ✦ la personne vivant en concubinage avec l'Assuré. 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.
- ✦ Les enfants à charge de l'Assuré. Sont considérés à charge de l'Assuré :
  - Les enfants de l'Assuré, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, s'ils sont effectivement à la charge de l'Assuré (c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien) et satisfont à l'une des conditions suivantes :
    - être âgés de moins de 21 ans, non-salariés et à charge du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin au sens des anciennes dispositions de l'article L.313-3 2°) et 3°) du Code de la Sécurité sociale, jusqu'à l'issue de la période transitoire (31 décembre 2019),
    - être âgés de moins de 21 ans, non-salariés, à la charge effective et permanente du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin.

- 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 bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
- être âgés de moins de 28 ans, être non-salariés, 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,
  - les enfants handicapés de l'Assuré atteint d'une infirmité physique et/ou mentale qui les empêchent soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle, soit, s'ils sont âgés de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal,
    - Les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels l'Assuré verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

### Affiliation et modification des ayants droit

Les ayants droit peuvent être couverts par une extension facultative souscrite individuellement par chaque Assuré. En tout état de cause les garanties de l'extension facultative sont identiques aux garanties souscrites par l'Assuré au titre du régime de base collectif obligatoire et le cas échéant des garanties optionnelles.

Cette déclaration a lieu à l'occasion de l'affiliation de l'Assuré.

Toutefois, postérieurement à celle-ci, l'Assuré peut affilier ou modifier les ayants droit, à l'occasion d'une modification de la situation familiale (notamment naissance, décès...)

L'assuré est tenu d'informer l'Entreprise et l'organisme assureur de ces modifications. Il dispose d'un délai de trois mois suivant l'évènement pour effectuer cette information. La modification prend effet à la date de l'évènement sous réserve de la fourniture du bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle accompagné des pièces justificatives. A défaut, la modification prend effet au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'organisme assureur de la demande d'extension familiale.

Dans tous les autres cas, l'Assuré peut affilier son ayant droit au 1<sup>er</sup> janvier, sous réserve que l'Assuré en fasse la demande auprès de l'organisme assureur avant le 30 novembre de l'année précédente.

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

### **Justificatifs à fournir**

L'Assuré 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 Pacte Civil de Solidarité,
- ✧ l'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 :
  - ✧ le certificat de scolarité,
  - ✧ la photocopie de l'attestation jointe à la carte vitale,
  - ✧ la copie du dernier avis d'imposition de l'Assuré ou de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, à défaut, l'attestation sur l'honneur pour la première année de rattachement fiscal,
  - ✧ la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
  - ✧ la copie du dernier bulletin de salaire,
  - ✧ l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
  - ✧ tout document de reconnaissance de l'état d'infirmité permanente (notamment la carte d'invalidité ou une attestation la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)).

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 en vigueur à la date d'affiliation, pour tous les ayants droit possédant leur propre numéro.

L'organisme assureur se réserve le droit de demander à l'Assuré toutes autres pièces justificatives.

L'Assuré s'engage à informer l'organisme assureur de toute modification de sa situation ou celle de l'un de ses ayants droit ne permettant plus à ce dernier d'avoir la qualité d'ayants droit.



### Cessation de l'affiliation des bénéficiaires

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

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 et à la condition que l'acte mettant en place les garanties le

prévoit,

- ❖ au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'Assuré demande la résiliation de l'ayant droit. Cette demande doit être adressée à l'organisme assureur au plus tard le 31 octobre de la même année par lettre recommandée. La demande adressée à l'organisme assureur 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 régime de base collectif obligatoire emporte nécessairement la cessation de l'affiliation des ayants droit aux garanties optionnelles collectives facultatives.**

# GARANTIES FRAIS DE SANTE

## ► 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.

A ce titre, et sous réserve des évolutions légales ou réglementaires futures, l'organisme assureur 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.**

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

## ► Garanties frais de santé

**Les garanties figurent en annexe de la présente notice.**

### 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 Assurés, 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 mentionnés ci-après et des frais non pris en charge visés ci-avant.

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 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'organisme assureur dans les conditions fixées aux tableaux des garanties annexés.

**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.**

Donnent lieu à remboursement, selon les modalités prévues aux tableaux des garanties, les frais suivants :

Il est précisé que 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 « Contrat d'Accès aux Soins », « CAS » et « non CAS » sont remplacées 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.

#### HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ :

##### **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<sup>er</sup> jour d'hospitalisation.

##### **Hospitalisation à domicile prise en charge 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 Liste des Produits et des Prestations (LPP) facturables et spécialités pharmaceutiques).
- ❖ Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),
- ❖ Forfait 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 hospitalier facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendants (EHPAD),
- ❖ Forfait ambulatoire,

- ❖ Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale.
- ❖ Frais de chambre particulière,
- ❖ Lit d'accompagnant en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant **de moins de 12 ans** bénéficiaire du contrat. Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».
- ❖ Périodurale,
- ❖ Participation forfaitaire pour les actes coûteux.

#### SOINS DE VILLE EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ :

- ❖ **Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).**
- ❖ **Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement.**
- ❖ **Frais d'analyse et de laboratoire.**
- ❖ **Petite chirurgie et actes de spécialité réalisés par un spécialiste ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, 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 les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).**
- ❖ **Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale**
- ❖ **Participation forfaitaire pour les actes coûteux.**

#### PHARMACIE :

- ❖ **Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale.**

#### DENTAIRE :

- ❖ **Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale :** soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie.
- ❖ **Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale.**
- ❖ **Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale :**
  - couronnes, bridges et inter de bridges,
  - couronnes sur implant,
  - prothèses dentaires amovibles (y compris transitoires),
  - réparations sur prothèses,

› inlays-cores.

❖ **Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale :**

- › couronnes, bridges,
- › prothèses dentaires provisoires,
- › réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)

❖ **Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale.**

❖ **Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale.**

❖ **Implants dentaires (implant + pilier implantaire).**

OPTIQUE :

❖ **Équipement optique pris en charge par la Sécurité sociale (deux verres et une monture).**

**La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.**

**Pour les Assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, est acceptée la prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus. Les règles de couverture par les contrats responsables s'appliquent alors à chacun des équipements considérés individuellement (plafond, plancher, délai de renouvellement) et en tout état de cause dans les conditions définies dans le tableau des garanties joint en annexe de la présente notice d'information.**

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 l'Assuré. Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

❖ **Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale.**

❖ **Chirurgie réfractive.**

MATERNITE ET ADOPTION :

Une allocation destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais à la naissance, est versée pour la naissance d'un enfant de l'Assuré, déclaré à l'état civil.

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

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

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

AUTRES ACTES

❖ **Médecine douce :** Par dérogation à l'article « Risques exclus », peuvent être pris en charge les actes effectués par les praticiens mentionnés en annexe de la présente notice d'information.

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

❖ **Vaccin anti grippe.**

❖ **Contraceptifs médicalement prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale.**

❖ **Sevrage tabagique médicalement prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale.**

❖ **Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale :** Les frais de cure thermale (forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement), acceptés par la Sécurité sociale.

❖ **Orthopédie et autres prothèses.**

❖ **Prothèse auditive.**

## ► 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'organisme assureur 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'organisme assureur 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.

## ► Degré élevé de solidarité

Outre la mise en place d'un régime collectif de couverture des frais de santé, votre Convention collective institue un fonds de solidarité des organismes assureurs recommandés permettant notamment la mise en œuvre de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité consacrées à des actions de prévention et

d'accompagnement individuel et collectif lié à la santé des salariés de la branche, et ce afin de satisfaire aux dispositions de l'article L.912-1 I du code de la Sécurité sociale. Ces actions sont définies dans le règlement du fonds de solidarité.

Le financement des prestations servies par le fonds de solidarité est fixé conformément aux dispositions de l'Accord collectif du 4 juillet 2017, à 3 % de la cotisation hors taxes encaissée au titre des contrats.

## ► Modalités de versement des prestations

### Paiement des cotisations

Pour que l'Assuré puisse bénéficier des prestations, l'Entreprise et le cas échéant l'Assuré doivent avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'ils pourraient devoir au titre du contrat.

### 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'organisme assureur met à la disposition de l'Assuré 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. L'Assuré et ses ayants droit doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

L'Assuré 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'organisme assureur.

### La prise en charge hospitalière

Dès qu'il a connaissance de l'hospitalisation d'un bénéficiaire en établissement conventionné avec la Sécurité sociale, l'Assuré en informe l'organisme assureur 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'organisme assureur, 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'organisme assureur dans un délai maximum de deux ans suivant la date du décompte de Sécurité sociale ou de la survenance des soins par le bénéficiaire. A défaut, le bénéficiaire se voit opposer la prescription visée dans la présente notice d'information.**

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

L'organisme assureur se réserve le droit de demander à l'Assuré toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment des spécificités des garanties souscrites.

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'organisme assureur 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'organisme assureur 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, l'Assuré 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'organisme assureur peut faire procéder par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé désigné par lui, au contrôle médical de l'Assuré ou de son ayant droit affilié 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'organisme assureur ou par le bénéficiaire lui-même en cas de fraude avérée.

Outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, le service médical de l'organisme assureur se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation de l'Assuré ou de son ayant droit affilié.

L'organisme assureur 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 le paiement des prestations, **y compris après résiliation du contrat.**

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

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

► Les justificatifs à fournir par l'assuré pour ses demandes de remboursement

	Bénéficiaire NOEMIE
<b>Hospitalisation chirurgicale ou médicale</b> - Etablissement conventionné ou non conventionné	Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...)
<b>Hospitalisation à domicile (HAD)</b>	Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD
<b>Soins de Ville</b> (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante...)	Aucun document
<b>Optique</b>	Facture détaillée et acquittée  En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : <ul style="list-style-type: none"> <li>- soit nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction,</li> <li>- soit prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction,</li> <li>- et prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.</li> </ul> Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale
Traitements chirurgicaux des troubles visuels	Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré
<b>Prothèses dentaires - Orthodontie</b> - Prises en charge par la Sécurité sociale	Imprimé type de l'organisme assureur et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Classification Commune des Actes Médicaux*
<b>Implants</b>	Facture détaillée et acquittée
<b>Médecine douce</b>	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)
<b>Pharmacie médicalement prescrite et non remboursée</b>	Facture acquittée et prescription médicale
<b>Cure thermale</b>	Facture acquittée du séjour
<b>Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale</b>	Facture acquittée et prescription médicale

## Non bénéficiaire Noémie

### Pour les soins pris en charge par la Sécurité sociale

Décompte original de la Sécurité sociale

Justificatifs ci-dessus

\* L'Assuré peut transmettre à l'organisme assureur, 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.

L'organisme assureur 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, numéro d'inscription Adeli...). En cas de tiers payant avec la Sécurité sociale mais sans tiers payant avec l'organisme assureur : facture acquittée du ticket modérateur.



# DISPOSITIONS GENERALES

## 1) Dispositions relatives au régime de base collectif obligatoire

### ► Entrée en vigueur des garanties - Suspension et conditions de maintien

#### Prise d'effet des garanties

Les garanties du régime de base collectif obligatoire souscrit par l'Entreprise prennent effet :

- ✦ à la date d'effet de l'adhésion au contrat pour tous les Assurés présents à cette date, et ultérieurement à la date d'embauche, sous réserve des dispenses d'affiliation mentionnés aux articles 3.2, 3.3. et 3.4 de la Convention collective,
- ✦ au premier jour du mois qui suit la demande d'affiliation pour les salariés ayant demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation et qui viennent à cesser de justifier de leur situation, ou qui décident ultérieurement de renoncer à cette dispense.

Pour les ayants droit, les garanties prennent effet à la date de leur adhésion soit :

- ✦ à la même date d'affiliation que l'Assuré,
- ✦ à défaut, à la date de l'évènement dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation dans les conditions définies à l'article « Affiliation et modification des ayants droit » de la présente notice d'information,
- ✦ à défaut, au 1<sup>er</sup> janvier, sous réserve que l'Assuré en fasse la demande auprès de l'organisme assureur avant le 30 novembre de l'année précédente.

#### Conditions de suspension des garanties

#### Suspension du contrat de travail rémunérées ou indemnisées

Le bénéfice des garanties du régime de base collectif obligatoire est maintenu à l'Assuré 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 ou d'une rente d'invalidité, complémentaires financées au moins pour partie par l'Entreprise, qu'elles soient versées directement par l'Entreprise ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

#### Suspension du contrat de travail non rémunérées ou non indemnisées

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée inférieure à un mois, l'affiliation au régime de base collectif obligatoire et par conséquent les garanties correspondantes sont maintenues à l'Assuré, moyennant le paiement des cotisations.

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée supérieure ou égale à un mois, les garanties sont suspendues. Aucune cotisation n'est due par l'Entreprise pour l'Assuré.

La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'organisme assureur de la déclaration faite par l'Entreprise.

Toutefois, les Assurés dont le contrat de travail est suspendu ont la possibilité de demander le maintien des garanties du régime de base collectif obligatoire, pendant la suspension de leur contrat de travail. Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'organisme assureur dans les quinze jours suivant ladite suspension du contrat de travail.

Les cotisations seront recouvrées selon la périodicité indiquée sur le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'Assuré peut se voir appliquer des majorations de retard fixées à hauteur de 3 fois le taux d'intérêt légal et courant, à compter de l'échéance.

**A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, l'adhésion individuelle de l'Assuré 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'organisme assureur 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.**

**L'adhésion individuelle non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'organisme assureur les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.**

Ce maintien des garanties cesse :

- ❖ à la date de fin de la suspension du contrat de travail de l'Assuré,
- ❖ en cas de non-paiement des cotisations par l'Assuré selon les modalités définies ci-dessus,
- ❖ à la date de résiliation de l'affiliation par l'Assuré sous réserve d'en faire la demande à l'Organisme Assureur au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi pour ne prendre effet qu'au 31 décembre de la même année.

Cette résiliation est définitive.

- ❖ soit à la date de sortie des effectifs,
- ❖ soit à la date de départ à la retraite, à l'exception des Assurés reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'Entreprise,
- ❖ soit à la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat d'adhésion ou conditions particulières de l'entreprise au contrat d'adhésion.
- ❖ et, en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat d'adhésion.

## ► Cessation de l'affiliation des assurés

Sous réserve de l'application du maintien des garanties santé définis ci-après, l'affiliation de l'Assuré cesse de plein droit :

- ❖ soit à la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat d'adhésion ou des conditions particulières de l'entreprise ,
- ❖ soit à la date de sortie des effectifs,
- ❖ soit à la date de départ à la retraite, à l'exception des Assurés reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'Entreprise,
- ❖ et, en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat d'adhésion.

**La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties du régime de base collectif obligatoire ainsi que celle des garanties optionnelles collectives facultatives.**

L'Assuré qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de son départ, à remettre à l'Entreprise sa carte de tiers payant. L'Entreprise doit la retourner à l'organisme assureur.

L'organisme assureur récupère auprès de l'Assuré toutes prestations indûment réglées.

**La radiation de l'Assuré entraîne, à la même date, la radiation de l'ensemble de ses ayants droit.**

## ► Maintien des garanties santé

**Maintien des garanties santé au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale « Portabilité des droits »**

### Conditions au maintien de l'affiliation

Sous réserve pour l'Assuré d'être éligible au dispositif de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale, l'affiliation au régime de base collectif obligatoire et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les ayants droit sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail de l'Assuré 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.

L'Entreprise doit informer l'organisme assureur du maintien de couverture de l'Assuré au titre de la portabilité des droits.

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

A défaut, l'affiliation de l'Assuré cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

Il incombe à l'Entreprise d'informer l'Assuré du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

### Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation de l'assuré au régime de base collectif obligatoire 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 avec toutefois une interruption entre ces contrats, sans reprise d'activité chez un autre employeur, la durée de portabilité retenue sera celle du dernier contrat de travail ou du contrat de travail précédent si la durée de celui-ci est plus longue.. 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 de l'Assuré 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 ou des conditions particulières de l'entreprise au contrat d'adhésion,
- ❖ en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail.

### **Obligations déclaratives**

L'Assuré s'engage à fournir à l'organisme assureur:

- ❖ 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**

L'Assuré bénéficie des garanties prévues au régime de base collectif obligatoire au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail. Le cas échéant, le maintien de garanties est accordé aux ayants droit, tels que définis au sein de la présente notice d'information.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du régime de base collectif obligatoire ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables à l'Assuré.

L'Entreprise s'engage à informer l'Assuré de toute modification des garanties qui interviendrait, notamment en lui remettant le complément modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'organisme assureur.

### **Financement**

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité.

### **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 n°89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties frais de santé peuvent être maintenues par la souscription d'un contrat proposé sans

condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

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

Sous réserve d'être informé par l'entreprise de la cessation du contrat de travail pour l'un des motifs ci-dessus, ou du décès de l'Assuré, l'organisme assureur 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 de l'Assuré.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'organisme assureur 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 de l'Assuré.

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

### **► Cotisations**

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale.

Pour les Assurés dont l'affiliation prend effet ou cesse en cours d'année, le montant des cotisations est calculé prorata temporis de leur durée d'appartenance.

Pour le calcul de ce prorata, les mois sont comptés pour une durée de 30 jours.

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

### **Dans le cadre de la Structure « Tarif Famille » :**

La cotisation est identique pour chacun des Assurés quelles que soient leur situation matrimoniale et de famille. Elle permet la couverture de l'Assuré et de ses éventuels ayants droit.

### **Dans le cadre de la Structure « Tarif Salarié/Conjoint /Enfant / Famille »:**

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par l'Assuré et de la communication à l'organisme assureur des justificatifs visés au sein de la présente notice d'information.

Le montant de la cotisation est prévu pour chaque personne couverte hors cotisation « Famille ».

**La cotisation « Enfant » est gratuite à compter du 3<sup>ème</sup> enfant affilié.**

### **► Paiement des cotisations**

La répartition du coût des cotisations entre l'entreprise et les Assurés est fixée par la Convention collective nationale de l'Enseignement Privé Indépendant. Toutefois, l'Entreprise est seule responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'organisme assureur. A ce titre, elle procède elle-même à leur calcul et à leur versement à l'organisme assureur, aux différentes échéances prévues.

### **Extension facultative des ayants droit**

Les cotisations concernant l'extension des garanties aux ayants droit (hors structure de cotisations « Tarif Famille ») sont recouvrées selon les dispositions mentionnées sur le contrat d'adhésion ou aux conditions particulières :

- auprès de l'Entreprise elle-même,
- ou auprès de l'Assuré sur son compte bancaire selon la périodicité indiquée sur le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.

### **Lorsque l'appel des cotisations est effectué auprès de l'Entreprise:**

L'Entreprise assure le précompte des cotisations, tant pour l'Assuré que pour ses éventuels ayants droit. Elle est **seule responsable du paiement en totalité des cotisations afférentes à ses salariés et leurs ayants droit, que ce soit pour les parts salariales précomptées sur le salaire des assurés que pour les cotisations éventuelles additionnelles au titre de l'adhésion facultative de leurs ayants droit.**

### **Lorsque l'appel de cotisations est effectué auprès de l'Assuré :**

Les cotisations afférentes à l'affiliation de ses ayants droit, sont payables par l'Assuré dans les conditions définies sur le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle

**A défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'extension facultative des ayants droit 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'extension des garanties du régime de base collectif obligatoire aux ayants droit par l'organisme assureur ne 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-dessous.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'Assuré peut se voir appliquer des majorations de retard fixées à hauteur de 3 fois le taux d'intérêt légal, à compter de l'échéance.

La couverture de l'extension facultative non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'organisme assureur les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

## **2) Dispositions relatives aux garanties optionnelles**

### **► Entrée en vigueur des garanties - Suspension et conditions de maintien**

#### **Entrée en vigueur**

Les garanties prennent effet à la date d'effet de l'adhésion individuelle de l'Assuré.

Pour les ayants droit, les garanties des garanties optionnelles collectives à adhésion facultative prennent effet :

- ✦ à la date d'adhésion individuelle de l'Assuré aux garanties optionnelles
- ✦ à défaut, à la date de l'évènement dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation de famille, dès lors qu'ils sont affiliés au régime de base obligatoire. L'Assuré dispose d'un délai de trois mois à compter de la date de l'évènement pour en informer l'organisme assureur et transmettre le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle accompagné des pièces justificatives. A défaut, la modification prend effet au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'organisme assureur de la demande d'extension familiale.
- ✦ Dans tous les autres cas, l'Assuré peut affilier son ayant droit au 1<sup>er</sup> janvier, sous réserve que l'Assuré en fasse la demande

auprès de l'organisme assureur avant le 30 novembre de l'année précédente.

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

Le bénéfice des garanties optionnelles est maintenu à l'Assuré 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 ou d'une rente d'invalidité, complémentaires financées au moins pour partie par l'Entreprise, qu'elles soient versées directement par l'Entreprise ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée inférieure à un mois, l'affiliation aux garanties optionnelles et par conséquent les garanties correspondantes sont maintenues à l'Assuré, moyennant le paiement des cotisations.

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée supérieure ou égale à un mois, les garanties optionnelles sont suspendues.

La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'organisme assureur de la déclaration faite par l'Entreprise.

Toutefois, ces derniers ont la possibilité de demander le maintien des garanties optionnelles, pendant la suspension de leur contrat de travail. Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'organisme assureur dans les quinze jours suivant ladite suspension du contrat de travail.

Ce maintien donne lieu à paiement à la charge exclusive de l'Assuré de cotisations spécifiques.

Les cotisations seront recouvrées selon la périodicité indiquée sur le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'Assuré peut se voir appliquer des majorations de retard fixées à hauteur de 3 fois le taux d'intérêt légal et courant, à compter de l'échéance.

**A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, l'adhésion individuelle de l'Assuré 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'organisme assureur 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.**

**L'adhésion individuelle non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'organisme assureur les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.**

## **► Durée et renouvellement de l'adhésion individuelle de l'Assuré**

### **Durée et renouvellement de l'adhésion individuelle de l'assuré**

**L'adhésion individuelle de l'Assuré aux garanties optionnelles collectives facultatives 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 de l'assuré**

Sous réserve de l'application de l'article relatif à la portabilité des droits de la présente notice d'information, l'adhésion individuelle de l'Assuré aux garanties optionnelles collectives facultatives cesse de plein droit :

- ✦ soit à la date de résiliation ou de non renouvellement de l'adhésion de l'entreprise au contrat d'adhésion,
- ✦ soit à la date à laquelle l'Assuré ne fait plus partie des effectifs de l'entreprise.

### **L'adhésion individuelle de l'Assuré peut également cesser :**

- ✦ **à la demande de l'Assuré :**
  - au 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec avis de réception, sous réserve que cette demande parvienne à l'organisme assureur au plus tard le 31 octobre,
  - en cas de modification apportée à ses droits et obligations par l'organisme assureur.

**La dénonciation par l'Assuré de son adhésion individuelle est définitive**, de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler de demande d'adhésion individuelle aux garanties optionnelles, sauf dérogation accordée par l'organisme assureur.

- ✦ **à la demande de l'organisme assureur :**

- › en cas de non-paiement des cotisations, selon les dispositions prévues dans la présente notice d'information,
- › en cas de non acceptation par l'Assuré des propositions de révisions des cotisations formulées par l'organisme assureur. L'organisme assureur procédera alors, de plein droit, à la résiliation de l'adhésion individuelle de l'Assuré au dernier jour précédant la date de prise d'effet dudit changement,

**La cessation de l'adhésion individuelle entraîne la fin des garanties des garanties optionnelles collectives à adhésion facultative.**

L'Assuré qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de la cessation de son adhésion individuelle à remettre à l'Entreprise sa carte de tiers payant. L'Entreprise doit la retourner à l'organisme assureur.

L'organisme assureur récupère auprès de l'Assuré toutes prestations indûment réglées.

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

## ► Maintien des garanties

### Maintien des garanties santé au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale « Portabilité des droits »

#### Conditions au maintien de l'affiliation

Sous réserve pour l'Assuré d'être éligible au dispositif de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'affiliation aux garanties optionnelles et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les bénéficiaires sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail de l'Assuré 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.

L'organisme assureur tient à la disposition de l'Entreprise un formulaire type « Déclaration de portabilité » qu'il devra lui retourner dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture. À défaut, l'affiliation de l'Assuré cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

En lieu et place de cette déclaration, l'entreprise peut effectuer cette démarche par voie dématérialisée.

Il incombe à l'Entreprise d'informer l'Assuré du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

#### Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation de l'Assuré aux garanties optionnelles 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 de l'Assuré 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 ou des conditions particulières de l'entreprise au contrat d'adhésion,
- › en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail.

#### Obligations déclaratives

L'Assuré s'engage à fournir à l'organisme assureur :

- › 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

L'Assuré bénéficie des garanties optionnelles au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail. Le cas échéant, le maintien de garanties est accordé aux ayants droit, tels que définis au sein de la présente notice d'information.

En tout état de cause, les évolutions des garanties optionnelles ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables à l'assuré.

L'Entreprise s'engage à informer l'Assuré de toute modification des garanties qui interviendrait, notamment en lui remettant le complément modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'organisme assureur.

#### Financement

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité.

## 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'organisme assureur, les Assurés peuvent continuer à bénéficier de garanties frais de santé à titre individuel, y compris au terme du maintien prévu au titre de la portabilité des droits, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, dans les cas suivants :

- ❖ cessation de l'adhésion individuelle aux garanties optionnelles
- ❖ résiliation ou non-renouvellement de l'adhésion de l'entreprise au contrat d'adhésion.

### ► Cotisations

Pour les Assurés dont l'affiliation prend effet ou cesse en cours d'année, le montant des cotisations est calculé prorata temporis de leur durée d'appartenance.

Pour le calcul de ce prorata, les mois sont comptés pour une durée de 30 jours.

La structure de cotisations, peut-être au choix de l'Entreprise une structure Tarif Famille (Unique) ou Tarif Salarié / Conjoint / Enfant / Famille. **En tout état de cause, la structure de cotisations doit être strictement identique à celle du régime de base collectif obligatoire.**

#### **Dans le cadre de la Structure « Tarif Famille» (Unique) :**

La cotisation est identique pour chacun des Assurés quelles que soient leur situation matrimoniale et de famille. Elle permet la couverture de l'Assuré et de ses éventuels ayants droit.

#### **Dans le cadre de la Structure « Tarif Salarié/Conjoint /Enfant / Famille »:**

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par l'Assuré et de la communication à l'organisme assureur des justificatifs visés au sein de la présente notice d'information.

Le montant de la cotisation est prévu pour chaque personne couverte, hors cotisation « Famille ».

**La cotisation « Enfant » est gratuite à compter du 3<sup>ème</sup> enfant affilié.**

#### **Paiement des cotisations**

L'appel de cotisations est effectué après de l'Assuré sur son compte bancaire selon la périodicité indiquée sur le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.

Les cotisations sont payables par l'Assuré dans les conditions définies sur le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.

**A défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'Assuré pourra être exclu du groupe assuré, avec pour conséquence la fin de son adhésion, 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.**

L'exclusion de l'Assuré du groupe Assuré par l'organisme assureur ne le 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-dessous.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'Assuré peut se voir appliquer des majorations de retard fixées à hauteur de 3 fois le taux d'intérêt légal, à compter de l'échéance.

L'adhésion individuelle de l'Assuré non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'organisme assureur les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

### **3) Effet de la résiliation ou du non renouvellement**

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

Les demandes de remboursements de soins adressées à l'organisme assureur 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.

### **4) 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'organisme assureur dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. L'organisme assureur 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'organisme assureur 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 d'adhésion ou des conditions particulières 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'organisme assureur en a eu connaissance,**
- ❖ **en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

**Lorsque l'action de l'Entreprise, de l'Assuré ou de l'ayant droit contre l'organisme assureur 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'Entreprise, l'Assuré ou l'ayant droit 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 :**

- ❖ **de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par l'organisme assureur à l'assuré en vue d'obtenir le paiement de cotisations,**
- ❖ **de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par l'assuré ou ses ayants droit à l'organisme assureur en vue d'obtenir le règlement d'une prestation.**

**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.**

### **Réclamations – Médiation**

L'organisme assureur met à la disposition de l'Entreprise et des Assurés la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application des contrats,

- ❖ Pour Humanis Prévoyance : à l'adresse suivante :

#### **Humanis Prévoyance**

Service Satisfaction Clients

303, rue Gabriel Debacq

45 777 Saran cedex

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

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

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

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par Humanis Prévoyance et après épuisement des voies de recours internes, l'Entreprise, l'Assuré ou les ayants droit, ou avec l'accord de ceux-ci, Humanis Prévoyance, 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 du CTIP**

10 rue Cambacérès – 75008 Paris

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

L'avis du médiateur de la protection sociale 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 ledit médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de médiation du CTIP disponible sur le site internet susvisé.

- ❖ **Pour Harmonie Mutuelle : au centre de gestion de la mutuelle désignée par les Conditions Particulières.**

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au médiateur nommé par l'Assemblée générale de la mutuelle désignée par les Conditions Particulières :



### **Médiateur de la Mutuelle HARMONIE MUTUELLE**

Direction Juridique  
23 Boulevard Jean Jaurès  
45025 Orléans Cedex  
Ou par email à l'adresse suivante :  
Mediation@harmonie-mutuelle.fr

### **Contrôle de l'organisme assureur**

L'organisme assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

### **Dispositions diverses**

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

Les données à caractère personnel concernant l'Assuré sont collectées et traitées pour les besoins de la gestion et de l'exécution du présent contrat, dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004. Les données sont exclusivement communiquées aux différents services de l'organisme assureur, et le cas échéant, à ses mandataires, ses réassureurs ou aux organismes professionnels agissant dans le cadre de leurs attributions, y compris aux personnes dûment désignées par la convention collective pour piloter le contrat. Elles pourront aussi être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle et de lutte contre le blanchiment.

Au sein de Humanis Prévoyance, ces données sont conservées pour une durée n'excédant pas deux années après la fin de la relation contractuelle liant l'Assuré et Humanis Prévoyance.

Au sein de Harmonie Mutuelle, les données sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales

Conformément aux dispositions légales précitées, l'Assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ses données à caractère personnel ainsi que d'un droit de définir des directives relatives au sort de ces données après son décès à exercer :

- Pour Humanis Prévoyance, par courriel à contact-cnil@humanis.com ou par lettre à l'adresse suivante : Pour Humanis Prévoyance : Groupe HUMANIS – Cellule CNIL – Satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex.
- Et pour Harmonie Mutuelle : au Correspondant Informatique et Libertés , 125 avenue de Paris, 92327 Châtillon cedex. Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Il dispose également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement des données le concernant.

Le cas échéant, les ayants droit de l'Assuré disposent des mêmes droits concernant leurs données à caractère personnel qu'ils peuvent exercer dans les conditions précédemment citées.

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

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

L'Assuré qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL », par voie électronique sur le site [www.bloctel.gouv.fr](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, cette inscription n'interdit pas à l'organisme assureur de démarcher téléphoniquement l'Assuré si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de l'organisme assureur, à l'adresse de son organisme assureur mentionnée à l'article ci-dessus, à l'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de prospection notamment commerciale, en application de la loi dite « Informatique et Libertés » n°78-17 du 06/01/1978.

# POUR MIEUX SE COMPRENDRE

**Actes hors nomenclature** : actes non reconnus par la Sécurité sociale et non-inscrits aux nomenclatures.

**Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)** : assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.

**Contrat d'accès aux soins** : contrat conclu par le médecin de secteur 2, par le médecin de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement et par le médecin de secteur 1 disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2, ayant pour objet d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie.

**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 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.

**Tarif d'Autorité** : Le tarif d'autorité est la base de remboursement de la Sécurité sociale applicable aux actes dispensés par un médecin non conventionné.

**Nomenclature** : cette notion 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 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.

**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.

**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. 160-13 I du Code de la Sécurité sociale.

**Humanis Prévoyance** - 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 Siège social : 29, boulevard Edgar Quinet, 75014 Paris

# 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