

CCN des Géomètres Experts

Notice d'information santé

Édition Août 2018

Votre contrat surcomplémentaire collectif au contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel souscrit par l'Adhérent.			
Référence : n° CCN506102 – CCN506104			
Catégorie assurée ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> Ensemble du personnel <input type="checkbox"/> Personnel affilié à l'AGIRC <input type="checkbox"/> Personnel non affilié à l'AGIRC		
Type d'adhésion ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> Adhésion collective obligatoire du salarié	Ou	<input type="checkbox"/> Adhésion collective facultative du salarié

(1) cases à cocher par l'entreprise selon le contrat souscrit.

Garanties frais de santé

Référence : NI-CCN Géomètres Experts FS Surcomp-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 du contrat surcomplémentaire collectif de la convention collective de notre profession.

À _____ le _____
Signature

SOMMAIRE

SOMMAIRE	4
PRÉAMBULE.....	5
▶ Affiliation des membres du personnel - Adhésion individuelle des personnes au contrat surcomplémentaire collectif	5
▶ Bénéficiaires	6
GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	8
▶ Contrat solidaire et responsable	8
▶ Garanties frais de santé.....	8
▶ Risques exclus	11
▶ Modalités de versement des prestations	12
▶ Les justificatifs à fournir par le Participant pour ses demandes de remboursement.....	13
DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	15
▶ Entrée en vigueur des garanties - Suspension et conditions de maintien.....	15
▶ Durée et renouvellement de l'adhésion individuelle du Participant (dans le cadre d'une adhésion collective facultative).....	16
▶ Cessation de l'affiliation des Participants (dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire)	16
▶ Maintien des garanties.....	17
▶ Cotisations.....	18
▶ Paiement des cotisations	18
▶ Effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat vis-à-vis du Participant ou de ses ayants droit.....	19
▶ Recours - Prescription	19
▶ Réclamations – Médiation	20
▶ Contrôle de l'Institution	20
▶ Dispositions diverses	20
POUR MIEUX SE COMPRENDRE.....	22
ACTIVITÉS SOCIALES : UNE DIMENSION HUMAINE	24
ANNEXE : VOS GARANTIES SANTÉ.....	25

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale des Cabinets ou Entreprises des Géomètres-Experts, Géomètres-Topographes, Photogrammètres et Experts Fonciers ont signé un accord paritaire national en date du 13 octobre 2005, instaurant un régime de frais de santé obligatoire au profit de l'ensemble du personnel, dénommé ci-après l'Accord.

Au-delà des garanties du contrat d'assurance collective socle collectif obligatoire du régime frais de santé conventionnel des Missions Locales, l'Adhérent a la possibilité de souscrire au contrat surcomplémentaire collectif permettant d'améliorer les prestations dudit contrat socle collectif obligatoire.

L'adhésion à ce contrat est obligatoire ou facultative, au choix de l'Adhérent.

Votre employeur, ci-après dénommé « l'Adhérent » relevant de la Convention Collective Nationale des Cabinets ou Entreprises des Géomètres-Experts, Géomètres-Topographes, Photogrammètres et Experts Fonciers, adhère au contrat d'assurance collective du régime frais de santé mis en œuvre par Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est à Paris (75014) 29 Boulevard Edgar Quinet, ci-après dénommée « l'Institution ».

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.

► Affiliation des membres du personnel - Adhésion individuelle des personnes au contrat surcomplémentaire collectif

Conditions d'affiliation

Dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire : affiliation des membres du personnel

Le contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de chaque personne appartenant à la ou les catégories assurées.

Toutefois, conformément à l'acte juridique prévu à l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale instituant ou modifiant les

garanties collectives, certains salariés ont la faculté de ne pas adhérer aux garanties du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de l'Adhérent. À 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 surcomplémentaire collectif à adhésion 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 surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire ; l'adhésion prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable.

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

Lors de l'adhésion de l'employeur ou de son entrée en fonction, chaque membre du personnel de l'Adhérent renseigne et signe le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle établi par l'Institution.

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

Dans le cadre d'une adhésion collective facultative : adhésion individuelle des personnes

Le contrat permet à chaque personne appartenant à la ou les catégories assurées, qui le souhaite, de bénéficier des garanties prévues au contrat surcomplémentaire collectif, moyennant le paiement des cotisations correspondantes.

L'adhésion individuelle 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 ses bénéficiaires.

L'Institution 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 le Participant bénéficie du contrat socle collectif obligatoire souscrit par l'Adhérent, s'il choisit d'adhérer à cette

date,

- ❖ ou à la date à laquelle le Participant bénéficie du contrat socle collectif obligatoire et du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire souscrits par l'Adhérent, 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

Les bénéficiaires

Couverture des ayants droits

Lorsque l'Adhérent a souscrit le contrat surcomplémentaire collectif :

- ❖ à adhésion collective obligatoire pour les Participants,
- ❖ ou à adhésion collective facultative, si le Participant y adhère, les bénéficiaires déclarés par le Participant au titre de ce contrat doivent être identiques, en tout état de cause, à ceux affiliés au contrat socle collectif obligatoire.

En conséquence, la souscription du présent contrat par le Participant emporte de plein droit l'affiliation de ses enfants à charge.

Lorsque le Participant est couvert par le contrat surcomplémentaire collectif, l'affiliation du conjoint au titre du contrat socle collectif obligatoire emporte nécessairement l'affiliation du conjoint au contrat surcomplémentaire collectif.

Les enfants à charge du Participant tels que définis ci-dessous, bénéficient de la couverture du Participant.

Le conjoint du Participant peut être couvert par une extension facultative souscrite individuellement par le Participant.

Est considéré comme enfant à charge du Participant :

- ❖ l'enfant légitime, naturel reconnu ou non ou adopté, ainsi que celui de son conjoint, à condition que le salarié ou son conjoint en ait effectivement la charge, c'est à dire s'il pourvoit à ses besoins et assure son entretien directement ou par le biais d'une pension alimentaire, à la date de l'événement couvert et s'il remplit l'une des conditions suivantes :
 - ❖ être âgé de moins de 18 ans, être non salarié et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité Sociale du Participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son Concubin ;
 - ❖ Cas particulier des enfants âgés de 18 à moins de 21 ans, non salarié et ayant la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité sociale du Participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son Concubin,

dans le cadre de la réforme de la Protection Maladie Universelle : ces ayants droit majeurs déjà à charge au sens de la Sécurité sociale au 1^{er} janvier 2016 conservent, la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité sociale pendant la période transitoire instaurée par la Protection Maladie Universelle et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2019 tant que leur situation ne subit pas de changement durant cette période. Ils sont considérés comme enfants à charge au titre du présent contrat.

- ❖ ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 26 ans s'il est en apprentissage, en contrat d'alternance ou de professionnalisme, ou s'il est à la recherche d'un premier emploi et inscrit à ce titre à l'ANPE.
- ❖ ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 28 ans s'il est non salarié, reconnu à charge par l'administration fiscale ou non imposable et s'il justifie de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé.
- ❖ Les conditions d'âge prévues ci-dessus ne sont pas exigées si l'enfant est reconnu en état d'invalidité avant son 26ème anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité sociale ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé et est titulaire de la carte d'invalidité civile.
- ❖ L'enfant légitime né ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du salarié.

Est considéré comme conjoint du Participant :

- ❖ le conjoint du Participant légalement marié non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation,
- ❖ le concubin du Participant, sous réserve que le concubin et le Participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire et déclaré fiscalement comme tel depuis plus d'un an, et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même,
- ❖ le partenaire lié au Participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) depuis plus d'un an.

Affiliation et modification des bénéficiaires

Le conjoint peut être couvert par une extension facultative souscrite individuellement par chaque Participant. En tout état de cause les garanties de l'extension facultative sont identiques aux garanties dont bénéficie le Participant au titre de son contrat socle collectif obligatoire et, le cas échéant, de son contrat surcomplémentaire collectif.

La déclaration des ayants droit, y compris pour l'extension facultative du conjoint dont le Participant entend assurer la

couverture, s'effectue au moment de l'affiliation du Participant. En tout état de cause les garanties de l'extension facultative sont identiques aux garanties du Participant au titre de son contrat socle collectif obligatoire et le cas échéant de son contrat surcomplémentaire collectif.

Cette déclaration a lieu à l'occasion de l'affiliation du Participant. Toutefois, postérieurement à celle-ci, le Participant peut affilier ou modifier les bénéficiaires :

- ✦ à l'occasion d'une modification de la situation familiale,
- ✦ et uniquement pour l'extension facultative au conjoint, chaque 1^{er} janvier, sous réserve qu'une demande en ce sens soit présentée à l'Institution au plus tard le 30 novembre de l'année précédente.

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

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 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 copie du dernier avis d'imposition du Participant ou de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
 - > la copie du dernier bulletin de salaire,
 - > la copie de la carte d'invalidité,
 - > l'attestation d'inscription au Pôle Emploi.

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 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 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'adhésion des ayants droit au contrat surcomplémentaire collectif prend fin :

- ✦ en cas de cessation de l'affiliation du Participant au contrat socle collectif obligatoire,
- ✦ en cas de cessation de l'affiliation ou l'adhésion individuelle du Participant au contrat surcomplémentaire collectif.

Elle cesse également :

- ✦ à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions posées par la définition des ayants droit de la présente notice d'information,
- ✦ 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 le Participant demande la résiliation de l'extension facultative au conjoint.. Cette demande doit être adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de la même année par lettre recommandée. La demande adressée à l'Institution après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant, elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année.

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

► Contrat solidaire et responsable

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

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

À 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 public (accès au dossier Médical Personnel).**
- ❖ **Les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque les Bénéficiaires consultent sans prescription du médecin traitant.**

- ❖ **Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.**

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

► Garanties frais de santé

Les garanties des contrats 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 Participants, 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 dans le cadre du « contrat solidaire et responsable ».

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

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

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

Par dérogation, certains frais inscrits à la nomenclature, mais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent donner lieu cependant à un remboursement par l'Institution dans les conditions fixées aux tableaux des garanties figurant en annexe de la présente notice.

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.

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

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

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

Donnent lieu à remboursement, selon les modalités prévues au tableau des garanties, les frais suivants :

SOINS DE VILLE EN SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE :

- **Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste ayant signé ou non le contrat d'accès aux soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),**
- **Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement,**
- **Petite chirurgie et actes de spécialité réalisés par un spécialiste ayant signé ou non le contrat d'accès aux soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie**

Obstétrique (OPTAM-CO),

- **Actes d'imagerie, échographie et doppler réalisés par un médecin ayant signé ou non le contrat d'accès aux soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),**
- **Transport pris en charge par la Sécurité sociale,**
- **Prothèses prises en charge par la Sécurité sociale (autre que dentaire et auditive)**
- **Prothèses auditives**

PHARMACIE :

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

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

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

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

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

(EHPAD)

- Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de moins de 16 ans bénéficiaire du contrat (dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours). Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents »

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

MATERNITE ET ADOPTION :

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

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

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

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

FRAIS DENTAIRE :

- **Soins et actes dentaires (consultations et soins dentaires y compris prophylaxie, endodontie et de prévention, la radiologie, la chirurgie, la parodontologie ainsi que Inlays Onlays), pris en charge par la Sécurité sociale,**
- **Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale,**
- **Actes dentaires (Implants, Parodontologie, Piliers sur bridges) non pris en charge par la Sécurité sociale**
- **Orthodontie prise en charge ou non par la Sécurité sociale,**
- **Implants (implant et pilier implantaire) non pris en charge par la Sécurité sociale,**
- **Parodontologie non pris en charge par la Sécurité**

sociale

FRAIS D'OPTIQUE :

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

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

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

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

- **Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale** (y compris lentilles jetables),
- **Chirurgie réfractive** (toute chirurgie de l'œil).

PREVENTION :

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

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

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

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

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

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

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

- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :

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

MEDECINE DOUCE :

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

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

PACK SERVICES :

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

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

Soins engagés hors de France

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 par le contrat.

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 dans les présentes Conditions Générales 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 par les contrats responsables.

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.

► Modalités de versement des prestations

Paiement des cotisations

Pour que le Participant puisse bénéficier des prestations, l'Adhérent doit avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'il pourrait devoir au titre du contrat.

Tiers Payant

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 Bénéficiaires un service de dispense d'avance de frais de santé (tiers-payant) sur l'ensemble des garanties prévues au contrat faisant l'objet d'un tarif de responsabilité.

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

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

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 dans un délai maximum de deux ans suivant la survenance des soins ou du décès par le bénéficiaire. À défaut, le bénéficiaire se voit opposer la prescription visée dans la présente notice d'information.

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

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

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

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 contrôles

Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, le Participant a la possibilité d'adresser par voie postale tout document comportant ce type de données, sous pli cacheté portant la mention « Confidential », 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 Participant 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'Institution 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'Institution se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du Participant ou de son ayant droit affilié. 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 le paiement des prestations, **y compris après résiliation du contrat.**

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 le Participant pour ses demandes de remboursement

	Bénéficiaire NOÉMIE
Hospitalisation chirurgicale ou médicale - Établissement conventionné ou non conventionné	Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...)
Soins courants (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante...)	Aucun document
Optique	Facture détaillée et acquittée En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : <ul style="list-style-type: none"> - soit nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction, - soit prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction, - et prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent. 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
Prothèses dentaires - Orthodontie Prises en charge par la Sécurité sociale	Imprimé type de l'Institution et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Classification Commune des Actes Médicaux*
Implants	Facture détaillée et acquittée
Médecine alternative	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet,

	mention...)
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
Prévention	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

* 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.

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, numéro d'inscription Adeli, etc...).

En cas de tiers payant avec la Sécurité sociale mais sans tiers payant avec l'Institution : facture acquittée du ticket modérateur.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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

Entrée en vigueur

Dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire :

Les garanties du contrat surcomplémentaire collectif souscrit par l'entreprise à adhésion obligatoire prennent effet :

- ✦ à la date d'effet de l'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif obligatoire pour tous les participants présents à cette date, et ultérieurement à la date d'embauche, sous réserve des dispenses d'affiliation,
- ✦ 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 du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire prennent effet :

- ✦ à la même date d'affiliation que le Participant au contrat surcomplémentaire collectif,
- ✦ 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 contrat collectif socle obligatoire,
- ✦ à défaut, et uniquement pour l'extension facultative au conjoint, au 1^{er} janvier, sous réserve que le Participant en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

Dans le cadre d'une adhésion collective facultative :

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

Pour les ayants droit, les garanties du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative prennent effet :

- ✦ à la date d'adhésion individuelle du Participant au contrat surcomplémentaire collectif,
- ✦ 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 contrat collectif socle obligatoire,
- ✦ à défaut, et uniquement pour l'extension facultative au

conjoint, au 1^{er} janvier, sous réserve que le Participant en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

Le bénéficiaire du contrat surcomplémentaire collectif est maintenu au Participant dont le contrat de travail est suspendu moyennant le paiement des cotisations, s'il bénéficie :

- ✦ soit d'un maintien total ou partiel de salaire,
- ✦ soit d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, complémentaires financées au moins pour partie par l'Adhérent, qu'elles soient versées directement par l'Adhérent 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 au contrat surcomplémentaire collectif et par conséquent les garanties correspondantes sont maintenues au Participant, 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 du contrat surcomplémentaire collectif 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'Institution en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise. À défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'Institution de la déclaration faite par l'Adhérent.

Toutefois, ces derniers ont la possibilité de demander le maintien des garanties du contrat surcomplémentaire collectif, pendant la suspension de son contrat de travail.

Ce maintien donne lieu à paiement à la charge exclusive du Participant 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, le Participant peut se voir appliquer des majorations de retard fixées au taux annuel de 2,6 % et courant, à compter de l'échéance.

À défaut de paiement d'une seule des cotisations 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.

L'adhésion individuelle non résiliée reprend 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.

► **Durée et renouvellement de l'adhésion individuelle 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 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 la portabilité », l'adhésion individuelle du Participant au contrat surcomplémentaire collectif facultatif cesse de plein droit :

- ❖ soit à la date de résiliation ou de non renouvellement de l'adhésion de l'entreprise au contrat socle collectif obligatoire,
- ❖ soit à la date de résiliation ou de non-renouvellement de l'adhésion de l'entreprise au contrat surcomplémentaire collectif,
- ❖ soit à la date à laquelle le Participant ne fait plus partie de la catégorie assurée.

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.

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, 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.

Le Participant qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de la cessation de son adhésion individuelle à remettre à l'Adhérent sa carte de tiers payant. L'Adhérent 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 la portabilité », 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,
- ❖ 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'Adhérent,
- ❖ soit à la date d'évolution dans une autre catégorie assurée,
- ❖ et, en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat surcomplémentaire collectif.

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

Le Participant qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de son départ, à remettre à l'Adhérent sa carte de tiers payant. L'Adhérent 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.

► Maintien des garanties

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

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

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

Conditions au maintien de l'affiliation

Sous réserve pour le Participant d'être éligible au dispositif de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'affiliation au contrat socle collectif obligatoire 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. Si l'Adhérent n'entre pas dans le périmètre de la DSN, il devra retourner à l'Institution le formulaire type « Déclaration de portabilité » dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture. Il incombe à l'Adhérent d'informer le Participant du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

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

- conformément au 5° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, le Participant satisfait aux obligations déclaratives rappelées ci-après,

- conformément au 6° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'Adhérent l'a informée de la rupture du contrat de travail du Participant.

Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation du Participant au contrat socle 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. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondi 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 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 socle collectif obligatoire.

Obligations déclaratives

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 socle 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 contrat.

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

L'Adhérent s'engage à informer le Participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat socle collectif obligatoire, 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.

Dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire : Maintien de garanties Santé au titre de l'article 4 de la loi Évin du 31 décembre 1989

Dans le cadre du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire, et conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties frais de santé peut être maintenue par la souscription d'un contrat individuel 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 du Participant décédé.

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

Le délai de deux mois ne court contre l'Institution qu'à compter de la date à laquelle celle-ci est informée par l'Adhérent de la cessation du contrat de travail. En tout état de cause, l'Institution ne sera tenue d'aucune obligation au titre du présent article si elle n'est pas informée de la cessation du contrat de travail dans un délai de deux ans courant à compter du jour de celle-ci.

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

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

Maintien des garanties santé dans le cadre d'une adhésion collective facultative

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 prévu à l'article « Maintien des garanties santé au titre de la portabilité », moyennant le paiement de cotisations spécifiques, dans les cas suivants :

- ❖ cessation de l'adhésion individuelle au contrat surcomplémentaire collectif facultatif,
- ❖ résiliation ou non-renouvellement de l'adhésion de l'entreprise au contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

► Cotisations

Pour les participants 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.

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée et qui bénéficient du contrat socle collectif obligatoire.

La cotisation « Conjoint » est due si le Participant souhaite étendre le bénéfice du contrat à son conjoint.

► Paiement des cotisations

Salarié et enfants à charge

La cotisation « salarié/enfants à charge » est exprimée en pourcentage du salaire annuel déclaré à l'URSSAF.

Dans le cadre d'une adhésion collective facultative, la cotisation est intégralement à la charge du Participant.

Dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire, la répartition du coût de la cotisation entre l'Adhérent et les Participants est fixée par l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise.

Les cotisations « salarié/enfant à charge » sont recouvrées trimestriellement à terme échu auprès de l'Adhérent. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

L'Adhérent 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.

A défaut de paiement des cotisations dans les 10 jours suivant leur échéance, l'Institution envoie à l'Adhérent une lettre de mise en demeure en recommandée avec avis de réception. Le cas échéant, l'Institution peut engager, une procédure de recouvrement des cotisations dans le cadre d'une action contentieuse.

Extension facultative au conjoint

La cotisations « conjoint » est exprimée en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS).

La cotisation « conjoint » est intégralement à la charge du Participant.

La cotisation concernant l'extension au conjoint est recouvrée auprès du Participant sur son compte bancaire selon la périodicité indiquée 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 au conjoint 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 contrat surcomplémentaire collectif au conjoint 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-dessous.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, le Participant peut se voir appliquer des majorations de retard fixées au taux annuel de 2,6 % et courant, 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'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 résiliation ou du non-renouvellement du contrat vis-à-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 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 ignoré jusque-là.**

Lorsque l'action de l'Adhérent 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'Adhérent ou les bénéficiaires concernés ou a été indemnisé par celui-ci.

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

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

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

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

- **en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation : de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par l'Institution à l'Adhérent, lorsque celui-ci assure le précompte de la cotisation au titre du contrat collectif 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 le Bénéficiaire 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.

► Réclamations – Médiation

L'Institution met à la disposition de l'Adhérent et des Participants la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application des contrats, 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.

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

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, l'Institution lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois. Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Institution et après épuisement des voies de recours internes, l'entreprise, le Participant, les bénéficiaires 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 du CTIP

10 rue Cambacérès – 75008

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

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.

► Contrôle 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

Protection 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.

POUR MIEUX SE COMPRENDRE

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

Adhérent : Personne morale souscriptrice du (des) contrat(s).

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

Bénéficiaire : Le participant et, le cas échéant, ses ayants droit dans les conditions définies aux Conditions Générales.

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

Catégorie : Ensemble de personnes physiques travaillant pour le compte de l'Adhérent 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.

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. Ce contrat s'achèvera au plus tard au 31 décembre 2019.

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 en vigueur.

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 : Déclaration Sociale Nominative dite « DSN » qui 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.

Garanties complémentaires facultatives : Garanties servies au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif, en application de la troisième partie des présentes conditions générales, dont la souscription, autorisée par l'Adhérent, est laissée à la discrétion du Participant, et qui ne satisfont pas nécessairement aux conditions du Contrat Responsable.

Garanties de base : Garanties servies au titre du contrat socle collectif facultatif, en application de la deuxième partie des présentes Conditions Générales et satisfaisant au cahier des charges du Contrat Responsable.

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 : 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 qui s'achèvera au plus tard au 31 décembre 2019.

Participant : Personne physique appartenant à la Catégorie définie au(x) bulletin(s) 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.

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.

ACTIVITÉS SOCIALES : 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

ANNEXE : VOS GARANTIES SANTÉ

Les garanties ci-après s'appliquent dans le cadre du parcours de soins et dans les conditions et limites prévues aux conditions générales ou pour la garantie Assistance, dans la notice d'information. Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels.

Garanties EN COMPLEMENT des remboursements de la Sécurité sociale (sauf pour les garanties exprimées en %FR qui s'entendent y compris les remboursements de la Sécurité Sociale)	REGIME SOCLE - Adhésion obligatoire -	REGIME SURCOMPLEMENTAIRE 1 (y compris les garanties du socle) - Adhésion facultative -
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE, y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)		
Honoraires - adhérents au DPTAM ⁽²⁾	100 % FR	100 % FR
Honoraires - non adhérents au DPTAM ⁽²⁾	100% FR et dans la limite de TM + 100% BR	100% FR et dans la limite de TM + 100% BR
Honoraires - Secteur non conventionné	85 % FR avec minimum de 100 % TM et dans la limite de TM + 100% BR	85 % FR avec minimum de 100 % TM et dans la limite de TM + 100 %BR
Frais de séjours	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière	80 €/jour	80 €/jour
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 12 ans)	80 €/jour	80 €/jour
Forfait hospitalier	100 % FR	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €	18 €
SOINS DE VILLE (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)		
Consultations et visites, généralistes et spécialistes - adhérents au DPTAM ⁽²⁾	TM + 70 %BR	TM + 220 %BR
Consultations et visites, généralistes et spécialistes - non adhérents au DPTAM ⁽²⁾	TM + 50 %BR	TM + 100 %BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - adhérents au DPTAM ⁽²⁾	TM + 70 %BR	TM + 220 %BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - non adhérents au DPTAM ⁽²⁾	TM + 50 %BR	TM + 100 %BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - adhérents au DPTAM ⁽²⁾	TM + 70 %BR	TM + 220 %BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - non adhérents au DPTAM ⁽²⁾	TM + 50 %BR	TM + 100 %BR
Frais d'analyses et de laboratoire	TM + 60 %BR	TM + 210 %BR
Auxiliaires médicaux	TM + 60 %BR	TM + 210 %BR
Prothèses auditives (forfait limité à 2 prothèses par an et par bénéficiaire)	30% PMSS/an/bénéficiaire avec minimum de 100 % TM	40% PMSS/an/bénéficiaire avec minimum de 100 % TM
Autre appareillage remboursé par la SS	TM + 65 %BR	TM + 215 %BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €	18 €

PHARMACIE		
Pharmacie remboursée par la SS	100 % TM	100 % TM
TRANSPORT		
Transport remboursé par la SS	100 % TM	100 % TM
FRAIS DENTAIRES		
Soins dentaires remboursés par la SS : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	TM + 70 %BR	TM + 220 %BR
Inlays-onlays remboursés par la SS	TM + 100 %BR	TM + 150 %BR
Prothèses dentaires remboursées par la SS : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Réparations sur prothèses - Inlays-cores	TM + 270 %BR dans la limite de 2859 €/an/bénéficiaire (au-delà du plafond 55%BR)	TM + 430 %BR dans la limite de 2859 €/an/bénéficiaire (au-delà du plafond 55%BR)
Prothèses dentaires non remboursées par la SS : - Couronnes et bridges - Prothèses dentaires provisoires - Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)	270 € par dent dans la limite de 2859 €/an/bénéficiaire	430 € par dent dans la limite de 2859 €/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée ou non par la SS	150 % BR dans la limite de 1525 €/an /bénéficiaire (au-delà du plafond 25%BR)	300 % BR dans la limite de 1525 €/an /bénéficiaire (au-delà du plafond 25%BR)
Parodontologie non remboursée par la SS	4 % PMSS/an/bénéficiaire	6 % PMSS/an/bénéficiaire
Implants (implant + pilier implantaire)	20 % PMSS/an/bénéficiaire	40 % PMSS/an/bénéficiaire
FRAIS D'OPTIQUE		
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans)		
Monture	120 €	150 €
Verre simple ⁽³⁾ par verre	50 €	110 €
Verre complexe ⁽³⁾ par verre	80 €	180 €
Verre très complexe ⁽³⁾ par verre	100 €	200 €
Lentilles remboursées ou non par la SS (y compris jetables)	4 % PMSS/an/bénéficiaire avec minimum de 100 % TM	5 % PMSS/an/bénéficiaire avec minimum de 100 % TM
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	11 % PMSS/œil	22 % PMSS/œil
MATERNITE ET ADOPTION		
Allocation naissance ou adoption (doublée en cas de naissance ou d'adoption multiple)	10% PMSS	15% PMSS
PREVENTION ET AUTRES SOINS		
Forfait pour cure thermale remboursée par la SS	125 €/an/bénéficiaire	305 €/an/bénéficiaire
Médecine douce (acupuncture, chiropractie, diététique, ergothérapie, homéopathie, méthode mezière, microkinésie, nutritionniste, ostéopathie, pédicure - podologue, psychologue, psychomotricité, psychothérapie, réflexologie, sophrologie)	30 €/séance (maxi 8 séances/an/bénéficiaire)	45 €/séance (maxi 8 séances/an/bénéficiaire)
Pilules contraceptives non remboursées par la SS	1,5 % PMSS/an/bénéficiaire	2,5 % PMSS/an/bénéficiaire
Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale ⁽⁴⁾	Pris en charge	Pris en charge
SERVICES		
Assistance de base + Protection juridique + Plateforme Santé HUMANIS	Incluses	Incluses
Tiers-Payant iSanté + Tiers-payant optique	Prévus	Prévus

⁽¹⁾ En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

⁽²⁾ DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Terme générique visant les différents dispositifs de maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé. Sont notamment visées l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO). Les professionnels de santé concernés adhèrent ou n'adhèrent pas à l'un de ces dispositifs.

⁽³⁾ Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est ≤ à +4,00 dioptries.

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à +4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique **pour adulte** dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique **pour adulte** dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

⁽⁴⁾ Ces actes sont pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat. A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

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

Votre interlocuteur Humanis

Suivre votre contrat

Téléphone : N° CristalAPPEL NON SURTAXÉ

Adresse :

Site internet :

Humanis Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale - Siège social : 29, boulevard Edgar Quinet, 75014 Paris