

NOTICE D'INFORMATION

FRAIS DE SANTE

(Réf. NI/Humanis Santé HCR socle/FS 07.16)

<h3>Humanis Santé HCR</h3> <p>CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE <i>(cases à cocher par l'Adhérent selon le contrat souscrit)</i></p>	
CATEGORIE ASSUREE	<input type="checkbox"/> Ensemble du personnel
	<input type="checkbox"/> Personnel Cadre (salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
	<input type="checkbox"/> Personnel Cadre et article 36 (salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)
	<input type="checkbox"/> Personnel Non Cadre y compris article 36 (salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
	<input type="checkbox"/> Personnel Non Cadre (salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)
GARANTIES	<input type="checkbox"/> Niveau de base
	ou
	<input type="checkbox"/> Niveau 1
	ou
	<input type="checkbox"/> Niveau 2
	ou
	<input type="checkbox"/> Niveau 3

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
VOTRE CONTRAT FRAIS DE SANTE.....	4
PREMIERE PARTIE DISPOSITIONS GENERALES	5
1. DEFINITIONS	5
2. CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE.....	6
3. AFFILIATION DES PARTICIPANTS ET DE LEURS AYANTS DROIT	7
3.1 Conditions d'affiliation des Participants.....	7
3.2 Date d'effet de l'affiliation des Participants.....	7
3.3 Bénéficiaires	7
3.4 Cessation de l'affiliation	10
3.5 Fausse déclaration intentionnelle	11
3.6 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail	11
4. MAINTIEN DES GARANTIES.....	12
4.1 Maintien des garanties Santé au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale : la « portabilité des droits »	12
4.2 Maintien de garanties Santé au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989 .	13
5. COTISATIONS	14
5.1 Paiement des cotisations	14
5.2 Défaut de paiement des cotisations	14
5.3 Indexation des cotisations	15
6. EFFET DE LA RESILIATION OU DU NON-RENOUVELLEMENT DU CONTRAT VIS-A-VIS DU PARTICIPANT OU DE SES AYANTS DROIT	15
7. RECOURS - PRESCRIPTION.....	15
7.1 Recours subrogatoire	15
7.2 Prescription.....	16
8. RECLAMATIONS – MEDIATION.....	16
9. CONTROLE DE L'Institution	17

10. DISPOSITIONS DIVERSES	17
10.1 Protection des données à caractère personnel	17
10.2 Prospection commerciale par voie téléphonique	18
DEUXIEME PARTIE DEFINITION DES GARANTIES	19
11. GARANTIES FRAIS DE SANTE	19
11.1 Objet et conditions des garanties.....	19
11.2 Soins engagés à l'étranger.....	22
12. RISQUES EXCLUS	23
TROISIEME PARTIE VERSEMENT DES PRESTATIONS	24
13. MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	24
13.1 Paiement des cotisations	24
13.2 Tiers Payant Généralisé.....	24
13.3 La prise en charge hospitalière	24
13.4 Demandes de Remboursement.....	24
13.5 Justificatifs et contrôle	25
LES ACTIVITES SOCIALES : UNE DIMENSION HUMAINE	27

VOTRE CONTRAT FRAIS DE SANTE

Votre entreprise relevant de la Convention Collective « Hôtels, Cafés, Restaurants » a adhéré au contrat collectif Frais de santé à adhésion obligatoire « Humanis Santé HCR » assuré par 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, dont le siège social est à Paris (75014) – 29 boulevard Edgar Quinet, afin de garantir à titre obligatoire son personnel appartenant à la catégorie assurée définie en première page de la présente notice.

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

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

VOTRE INTERLOCUTEUR

HUMANIS PREVOYANCE

41931 BLOIS CEDEX 9

Tel : 09 77 40 05 50

Appel non surtaxé

PREMIERE PARTIE

DISPOSITIONS GENERALES

Pour la présente notice, l'entreprise est dénommé l'« Adhérent », le salarié le « Participant » et Humanis Prévoyance l'« Institution ».

1. DEFINITIONS

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

Adhérent : Personne morale souscriptrice du contrat.

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

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

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

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

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

Conjoint : Conjoint du Participant non divorcé ou non séparé de corps judiciairement.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tarif forfaitaire de responsabilité : Base de Remboursement de la Sécurité sociale pour le 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.

2. CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

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

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

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

- Conformément à l'article L. 160-13 II du Code de la Sécurité sociale, la participation forfaitaire due par le bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale. Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile.
- Conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité sociale, la franchise applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D. 160-9 du Code de la Sécurité sociale pour certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la Santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du Code de la Sécurité sociale).
- Conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale la majoration de la participation supportée par le bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.

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

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

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

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

3. AFFILIATION DES PARTICIPANTS ET DE LEURS AYANTS DROIT

3.1 Conditions d'affiliation des Participants

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

Lors de la souscription de l'Adhérent ou de son entrée en fonction, chaque Participant appartenant à la Catégorie renseignée et signe le Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle établi par l'Institution, sur support papier ou dématérialisé, si les données nécessaires à l'affiliation et à l'enregistrement des garanties ne sont pas transmises à l'Adhérent par la DSN.

Il y précise notamment son état civil et celui de ses ayants-droit.

3.2 Date d'effet de l'affiliation des Participants

L'affiliation prend effet :

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

3.3 Bénéficiaires

3.3.1 Choix des Bénéficiaires

Sont couverts, au choix de l'Adhérent et sous réserve des dispositions prévues dans l'acte juridique prévu à l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale instituant ou modifiant les garanties collectives, les Participants conjointement avec leurs ayants droit.

Ce choix influe sur la cotisation dans les conditions fixées au point 6 de la présente notice d'information.

Les bénéficiaires sont ceux prévus dans le cadre de la structure de cotisations « Tarif Salarié / Conjoint / enfant ».

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le Participant et de la communication à l'Institution des justificatifs visés ci-après.

Le taux de cotisation est différent pour le salarié, son conjoint ou assimilé d'une part et les enfants à charge d'autre part.

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

3.3.2 Définition des Ayants droit

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

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

- être âgés de moins de 18 ans, être non-salariés 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-salariés 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.

- être âgés de moins de 21 ans, être non-salariés, bénéficiers d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de Sécurité sociale et reconnus à charge par l'administration fiscale du Participant
- être âgés de moins de 26 ans, et sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation :
 - être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi,
 - ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel,
 - ou 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,
- quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^{ème} anniversaire,

- Les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le Participant verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

3.3.3 Affiliation des ayants droit

La couverture des ayants droit est facultative. Le Participant déclare à l'Adhérent et à l'Institution les ayants droit dont il entend assurer la couverture.

Cette déclaration a lieu à l'occasion de l'affiliation du Participant.

Toutefois, postérieurement à celle-ci, le Participant peut affilier ou modifier ses ayants droit :

- à l'occasion d'une modification de la situation familiale,
- 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 cas d'affiliation facultative.

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

3.3.4 Justificatifs à fournir

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

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

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

L'Institution se réserve le droit de demander au Participant toutes autres pièces justificatives.

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

3.3.5 Date d'effet de l'affiliation des ayants droit

La garantie de l'Institution au titre des ayants droit est due :

- à la date de réception par l'Institution du Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle,
- ou au 1^{er} janvier de l'année suivant la réception de la demande par l'Institution,
- ou, en cas d'évolution de la situation familiale, à la date de l'évènement, dans le respect des conditions prévues ci-dessus et sous réserve de la production de l'ensemble des pièces visées ci-dessus.

3.4 Cessation de l'affiliation

3.4.1 Cessation de l'affiliation des Participants

Sous réserve de l'application du maintien de garanties Santé au titre de la « portabilité des droits », l'affiliation du Participant cesse de plein droit :

- soit à la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat,
- soit à la date de sortie des effectifs,
- soit à la date de départ à la retraite, les Participants reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite » auprès de l'Adhérent,
- soit à la date de transfert dans une Catégorie autre que celle figurant dans la présente notice d'information,
- soit à la date du décès du Participant.

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties.

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.

3.4.2 Cessation de l'affiliation des ayants droit

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

Elle cesse également :

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

3.5 Fausse déclaration intentionnelle

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

Les cotisations demeurent acquises à l'Institution et les prestations versées feront l'objet d'un remboursement par le Participant.

3.6 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

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

Le bénéfice des garanties est maintenu au Participant dont le contrat de travail est suspendu moyennant le paiement des cotisations, s'il bénéficie :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire,
- soit d'indemnités journalières, complémentaires 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.

Le bénéfice des garanties est maintenu au Participant en invalidité dont le contrat de travail est suspendu sans contrepartie de cotisations, s'il bénéficie d'une rente invalidité financée au moins pour partie par l'Adhérent, qu'elle soit versée directement par l'Adhérent ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

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

En cas de suspension du contrat de travail non visé au point 3.6.1 de la présente notice d'information d'une durée inférieure à un mois, l'affiliation au contrat, et par conséquent les garanties, sont maintenues au Participant. L'Adhérent est tenu au paiement des cotisations ainsi que le Participant.

En cas de suspension du contrat de travail non visé au point 3.6.1 de la présente notice d'information d'une durée supérieure ou égale à un mois, le Participant peut demander à l'Institution le maintien des garanties, moyennant le paiement des cotisations (part salariale et part patronale) à la charge exclusive du Participant.

Le bénéfice du maintien des garanties peut être ouvert à toute cause de suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération ou perception d'indemnité.

Lorsque les garanties sont maintenues, l'Adhérent est tenu :

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

Par dérogation au point 6 de la présente notice d'information relatif aux cotisations, si l'appel des cotisations est effectué auprès le Participant est tenu :

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

- de payer les cotisations afférentes au maintien des garanties. Les cotisations sont recouvrées auprès du Participant selon les modalités fixées sur le Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.

A défaut de paiement de la cotisation due dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception, au Participant l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner la résiliation de son affiliation jusqu'au terme de la suspension de son contrat de travail.

A défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, l'Institution peut résilier l'affiliation du Participant jusqu'au terme de la suspension de son contrat de travail, sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard fixées au à hauteur de trois fois le taux d'intérêt légal et courant, à compter de l'échéance non réglée.

Durant le maintien des garanties, la couverture des ayants droit est mise en œuvre ou maintenue dans les conditions prévues aux points 3.3 et 3.4.2.

4. MAINTIEN DES GARANTIES

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

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

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

4.1.1 Conditions du maintien des garanties

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

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.

4.1.2 Effet et durée du maintien des garanties

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

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

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

4.1.3 Obligations déclaratives

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

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

4.1.4 Garanties

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

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

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

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

4.1.5 Financement

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

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

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

- les anciens 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.

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

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

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

5. COTISATIONS

5.1 Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

5.1.1 Si les cotisations sont appelées auprès de l'Adhérent

La répartition des cotisations entre l'Adhérent et les Participants est fixée par l'acte instituant les garanties ou l'acte juridique prévu à l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise.

Toutefois, 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.

5.1.2 Si les cotisations sont appelées auprès du Participant

Les cotisations sont acquittées dans les conditions définies sur le Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.

5.1.3 Non-paiement ou paiement partiel

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

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

5.2 Défaut de paiement des cotisations

5.2.1 Si les cotisations sont appelées auprès de l'Adhérent

Conformément à l'article L. 932-9 du Code de la Sécurité sociale, à défaut de paiement d'une seule des cotisations dues dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception, à l'Adhérent. Lorsque la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

A défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, l'Institution pourra résilier le contrat sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des

sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard mentionnées ci-avant.

L'Institution se réserve le droit d'informer directement les Participants de la défaillance de l'Adhérent.

Le contrat non résilié 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.

5.2.2 Si les cotisations sont appelées auprès du Participant

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dues dans les dix jours de son échéance, le Participant pourra être exclu du groupe assuré, avec pour conséquence la fin de son affiliation, dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi par l'Institution de la lettre recommandée de mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi. 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 du Participant du groupe assuré par l'Institution ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard mentionnées ci-avant.

L'affiliation 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.

5.3 Indexation des cotisations

Les cotisations, exprimées forfaitairement, sont obligatoirement indexées au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de la dernière évolution annuelle de l'indice de la Consommation Médicale Totale (CMT) hors hospitalisation, connue.

L'indexation est annuelle et automatique. Elle s'impose à l'Adhérent sans qu'il soit besoin d'établir un avenant au contrat.

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

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

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

7. RECOURS - PRESCRIPTION

7.1 Recours subrogatoire

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

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

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

7.2 Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

Lorsque l'action de l'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 avis de réception adressée par l'Institution à l'Adhérent, lorsque l'Adhérent 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 avis de réception par le Participant ou le bénéficiaire à l'Institution.

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

8. RECLAMATIONS – MEDIATION

L'Institution met à la disposition de l'Adhérent, des Participants et des ayants droit la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du contrat, à l'adresse suivante :

HUMANIS Prévoyance
Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45777 SARAN Cedex

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

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

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

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

Médiateur de la protection sociale (CTIP)

10 rue Cambacérès – 75008 PARIS

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

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

9. CONTROLE DE L'Institution

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – 61 rue Taitbout, 75009 Paris Cedex 09.

10. DISPOSITIONS DIVERSES

10.1 Protection des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel concernant le Participant sont collectées et traitées pour les besoins de la gestion du contrat, dans le respect des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel. Les données sont destinées exclusivement aux entités composant le groupe Humanis ainsi qu'aux partenaires du Groupe en charge d'activités confiées par ce dernier.

Conformément aux dispositions légales précitées, le PARTICIPANT bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données le concernant à exercer par courriel à contact-cnil@humanis.com ou par lettre à l'adresse suivante :

Groupe HUMANIS

Cellule CNIL – Satisfaction clients

303 rue Gabriel Debacq

45777 Saran Cedex

Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Il dispose également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de ces données. Le cas échéant, les bénéficiaires du Participant disposent des mêmes droits concernant leurs données à caractère personnel qu'ils peuvent exercer dans les conditions précédemment citées.

Les données personnelles sont conservées pendant une durée maximale de deux années à compter de la fin des relations contractuelles liant le Participant au groupe Humanis. Le Groupe prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de ces données conformément aux dispositions légales susvisées.

10.2 Prospection commerciale par voie téléphonique

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

Société OPPOSETEL
Service Bloctel
6 rue Nicolas Siret
10 000 TROYES

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

DEUXIEME PARTIE DEFINITION DES GARANTIES

11. GARANTIES FRAIS DE SANTE

11.1 Objet et conditions des garanties

Les garanties Frais de Santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les bénéficiaires, pour les frais donnant lieu à remboursement 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 au point 12 de la présente notice d'information et des frais non pris en charge dans le cadre du contrat solidaire et responsable.

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

Elles sont également conformes aux dispositions du contrat responsable visé au point 2 de la présente notice d'information. Elles respectent notamment les minima et les maxima de garanties prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

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

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

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

Par dérogation, certains frais inscrits à la Nomenclature, mais non remboursés par la Sécurité sociale, peuvent donner lieu cependant à un remboursement par l'Institution dans les conditions fixées au tableau des garanties de la présente notice d'information.

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 garanties effectivement souscrites, prévues au tableau de garanties figurant dans la présente notice d'information. 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.

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)
- Forfait ambulatoire
- Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de **moins de 12 ans** bénéficiaire du contrat (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**). Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents »
- Forfait pour acte lourd
- Péridurale

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.

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,**

- **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),**
- **Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie réalisés par un médecin ayant signé ou non le contrat d'accès aux soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),**
- **Transport pris en charge par la Sécurité sociale,**
- **Biologie médicale,**
- **Prothèses prises en charge par la Sécurité sociale (autre que dentaire et auditive)**
- **Prothèses auditives, Piles et entretien de la prothèse auditive prise en charge par la Sécurité sociale**
- **Forfait pour acte lourd.**

PHARMACIE :

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

FRAIS DENTAIRES :

- **Soins et actes dentaires (soins, prophylaxie bucco-dentaire, endodontie) pris en charge par la Sécurité sociale,**
- **Parodontologie prise en charge ou non par la Sécurité sociale,**
- **Inlays, Onlays,**
- **Prothèses dentaires prises en charge ou non 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.**

FRAIS D'OPTIQUE :

- **Équipement 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).

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.

PREVENTION :

- **Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac**
- **Médecine douce** : par dérogation à l'article 12 de la présente notice d'information, peuvent être pris en charge les actes effectués par les praticiens listés dans le tableau de garanties figurant dans les présentes Conditions Générales.

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

- **Tous moyens contraceptifs non pris en charge par la Sécurité sociale**
- **Pharmacie prescrite non prise en charge par la Sécurité sociale,**
- **Cure Thermale** acceptée par la Sécurité sociale (y compris transport et séjour)
- Forfait pour cure thermale pris en charge par la Sécurité sociale par la Sécurité sociale.
- Vaccins prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale

PACK SERVICES :

Le Participant et ses ayants-droit bénéficient d'un « Pack Services ». 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 déjà prévue au contrat.

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 Assistance déjà transmise.

11.2 Soins engagés à l'étranger

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

11.2.1 Séjours temporaires à l'étranger, 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.

11.2.2 Justificatifs

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

12. RISQUES EXCLUS

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

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

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

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

TROISIEME PARTIE

VERSEMENT DES PRESTATIONS

13. MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

13.1 Paiement des cotisations

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

13.2 Tiers Payant Généralisé

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

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

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

13.3 La prise en charge hospitalière

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

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

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

13.4 Demandes de Remboursement

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

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

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

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

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

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

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

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

13.5 Justificatifs et contrôle

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

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

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

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

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

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

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

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

➤ Bénéficiaire NOEMIE	Justificatifs à fournir
Hospitalisation à domicile (HAD)	Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de la journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordination de la structure HAD
Soins courants (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante,...)	Aucun document
Médecine douce	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)
Optique	Facture détaillée et acquittée En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent et : <ul style="list-style-type: none"> • soit nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction, • soit la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction, Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale
Chirurgie réfractive	Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré
Prothèses dentaires – Orthodontie – Parodontologie prises en charge ou non par la Sécurité sociale	Imprimé type de l'Institution et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Nomenclature de la Sécurité sociale*
Maternité	Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou acte d'enfant sans vie
Adoption	Photocopie du certificat définitif d'adoption
Cure thermale	Facture acquittée du séjour

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

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

➤ En cas de tiers payant avec la Sécurité sociale mais sans tiers payant avec l'Institution
Facture acquittée du Ticket Modérateur

* 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.

LES ACTIVITES 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
09 72 72 23 23
Appel non surtaxé

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE

Seul le niveau de garanties effectivement souscrit par votre entreprise telle que mentionné en première page de la notice vous est applicable.

GARANTIES HUMANIS (y compris remboursement de la Sécurité sociale du régime d'appartenance)	CCN HCR (Base)	SURCOMPLEMENTAIRE 1 (Y compris la base CCN HCR)	SURCOMPLEMENTAIRE 2 (Y compris la base CCN HCR)	SURCOMPLEMENTAIRE 3 (Y compris la base CCN HCR)
SOINS DE VILLE (secteur conventionné et non conventionné)				
Consultations et visites généralistes - Signataire OPTAM / OPTAM-CO ⁽¹⁾	120% BR	170% BR	220% BR	420% BR
Consultations et visites généralistes - Non signataire OPTAM / OPTAM-CO ⁽¹⁾	100% BR	150%BR	200% BR	200% BR
Consultations et visites spécialistes - Signataire OPTAM / OPTAM-CO ⁽¹⁾	120% BR	170% BR	220% BR	420% BR
Consultations et visites spécialistes - Non signataire OPTAM / OPTAM-CO ⁽¹⁾	100% BR	150%BR	200% BR	200% BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataire OPTAM / OPTAM-CO ⁽¹⁾	120% BR	120%BR	120% BR	120% BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataire OPTAM / OPTAM-CO ⁽¹⁾	100% BR	100%BR	100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100%BR	100% BR	100% BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataire OPTAM / OPTAM-CO ⁽¹⁾	100% BR	150% BR	200% BR	400% BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataire OPTAM / OPTAM-CO ⁽¹⁾	100% BR	150% BR	200% BR	200% BR
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100% BR	150% BR	200% BR	400% BR
Biologie médicale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Prothèse remboursée par la Sécurité sociale (autre que dentaire et auditive)	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR

GARANTIES HUMANIS (y compris remboursement de la Sécurité sociale du régime d'appartenance)	CCN HCR (Base)	SURCOMPLEMENTAIRE 1 (Y compris la base CCN HCR)	SURCOMPLEMENTAIRE 2 (Y compris la base CCN HCR)	SURCOMPLEMENTAIRE 3 (Y compris la base CCN HCR)
Prothèse auditive, piles et entretien de la prothèse remboursés par la Sécurité sociale	125% BR	125% BR	125% BR	225% BR
Forfait supplémentaire prothèse auditive (par an et par personne protégée)	400€/oreille maxi 2/an	400€/oreille maxi 2/an	400€/oreille maxi 2/an	400€/oreille max 2/ an
Forfait "18€" pour acte lourd	100%FR	100% FR	100% FR	100% FR
PHARMACIE				
Pharmacie remboursée à 100% par la Sécurité sociale ⁽²⁾	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie remboursée à 65% par la Sécurité sociale ⁽²⁾	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie remboursée à 30% par la Sécurité sociale ⁽²⁾	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie remboursée à 15% par la Sécurité sociale ⁽²⁾	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
FRAIS D'HOSPITALISATION en établissements conventionnés et non conventionnés (y compris maternité)				
Honoraires ⁽³⁾ - Signataire OPTAM / OPTAM-CO ⁽¹⁾	330% BR	380% BR	510% BR	600% BR
Honoraires ⁽³⁾ - Non signataire OPTAM / OPTAM-CO ⁽¹⁾	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Frais de séjour ⁽³⁾	190% BR	190% BR	190% BR	190% BR
Forfait journalier hospitalier	100%FR	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière de nuit	50 €	70 €	90 €	130 €
Chambre particulière ⁽³⁾ (par jour et par personne protégée) en maternité	1,5% PMSS max 8 jours	1,5% PMSS max 8 jours	1,5% PMSS max 8 jours	1,5% PMSS max 8 jours
Chambre particulière de jour (CPA)	50 €	70 €	90 €	130 €
Frais d'accompagnement d'un enfant de - de 12 ans ⁽³⁾ (par jour et par personne protégée)	15 €	35 €	55 €	95 €
Forfait "18€" pour acte lourd ⁽³⁾	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Procréation médicale assistée / FIV				
MATERNITE ET ADOPTION				

GARANTIES HUMANIS (y compris remboursement de la Sécurité sociale du régime d'appartenance)	CCN HCR (Base)	SURCOMPLEMENTAIRE 1 (Y compris la base CCN HCR)	SURCOMPLEMENTAIRE 2 (Y compris la base CCN HCR)	SURCOMPLEMENTAIRE 3 (Y compris la base CCN HCR)
Allocation naissance ou adoption (doublée en cas de naissance ou adoption multiple)	8%PMSS	11%PMSS	17%PMSS	36%PMSS
FRAIS DENTAIRES				
Soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire	100%BR	140% BR	160% BR	200% BR
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale	270% BR	370% BR	420% BR	520% BR
Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale				
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale				
<ul style="list-style-type: none"> - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Réparations sur prothèses - Inlays-cores 	310% BR	410% BR	460 % BR	560% BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	266% BR	366% BR	416 % BR	516% BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale :				
<ul style="list-style-type: none"> - Couronnes et bridges ⁽⁴⁾ - Prothèses dentaires provisoires - Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique) 	258 € par acte	258 € par acte	258 € par acte	258 € par acte
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	100% BR	200% BR	250% BR	350% BR
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale (par an et par personne protégée)		100 €	500 €	700 €
Plafond prothèses dentaires non remboursées, orthodontie non remboursée, parodontologie non remboursée (par an et par personne protégée)	-	-	-	-

GARANTIES HUMANIS (y compris remboursement de la Sécurité sociale du régime d'appartenance)	CCN HCR (Base)	SURCOMPLEMENTAIRE 1 (Y compris la base CCN HCR)	SURCOMPLEMENTAIRE 2 (Y compris la base CCN HCR)	SURCOMPLEMENTAIRE 3 (Y compris la base CCN HCR)
Implants non remboursés par la Sécurité sociale (implant + pilier implantaire) (par an et par personne protégée)	-	100 €	500 €	700 €
FRAIS D'OPTIQUE				
Equipement optique : Forfait pour une période de 2 ans pour un équipement composé d'une monture et de 2 verres.	Réseau partenaire			
Monture (forfait pour 2 ans, par personne protégée)	100 €	100 €	100 €	100 €
Remboursement par verre				
Remboursement par verre dioptrie de 0 à 4 : verres unifocaux/verres multifocaux	160€/250€	160€/250€	160€/250€	180€/270€
Remboursement par verre dioptrie de 4,25 à 6 : verres unifocaux/verres multifocaux	185€/288€	185€/288€	185€/288€	185€/310€
Remboursement par verre dioptrie de 6,25 à 8 : verres unifocaux/verres multifocaux	222€/300€	222€/300€	222€/300€	257€/325€
Remboursement par verre dioptrie à partir de 8,25 : verres unifocaux/verres multifocaux	277€/311€	277€/311€	277€/311€	300€/375€
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (forfait par an et par personne protégée)	126 € (mini TM)	126 € (mini TM)	126 € (mini TM)	226 € (mini TM)
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale (forfait par an et par personne protégée)	126 €	126 €	126 €	226 €
Chirurgie réfractive (toute chirurgie de l'œil) (par œil)	-	-	-	150 €
PREVENTION				
Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac (forfait par an et par personne protégée)	80 €	80 €	80 €	80 €
Ostéopathie, chiropractie, étiopathie (forfait par an et par personne protégée)	100 €	150 €	200 €	250 €

GARANTIES HUMANIS (y compris remboursement de la Sécurité sociale du régime d'appartenance)	CCN HCR (Base)	SURCOMPLEMENTAIRE 1 (Y compris la base CCN HCR)	SURCOMPLEMENTAIRE 2 (Y compris la base CCN HCR)	SURCOMPLEMENTAIRE 3 (Y compris la base CCN HCR)
Acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien (forfait par an et par personne protégée)	-	50 €	100 €	150 €
Tous moyens contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale	3% PMSS	3,5% PMSS	4% PMSS	5% PMSS
Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale y compris transport et séjour	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait pour cure thermale remboursée par la Sécurité sociale	-	-	-	-
Vaccins prescrits non remboursés par la SS (forfait par an et par personne protégée)	-	15 €	30 €	50 €

(1) « OPTAM / OPTAM-CO » : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique.

Elles remplacent, à compter du 1^{er} 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.

(2) Les taux de remboursement exprimés correspondent aux taux du régime général de la Sécurité sociale. Ces taux peuvent être différents pour certains régimes locaux ou spéciaux de Sécurité sociale.

(3) Y compris séjours en maison de repos à l'exclusion des frais relatifs au placement en long séjour.

(4) Les inter de bridges ne sont pas remboursés au titre du présent contrat.