



Notice d'information

(Référéncée NI-Accord Manche-FS 01.16)

**ACCORD DEPARTEMENTAL DU 28 JUILLET 2009 INSTITUANT
UNE ASSURANCE COMPLEMENTAIRE « FRAIS DE SANTE »
POUR LES SALARIES NON AFFILIES A L'AGIRC DE LA
MANCHE**

VOTRE RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

**Salariés agricoles relevant du champ d'application de l'Accord
départemental du 28 juillet 2009, relevant de la Convention Collective
Nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC) et ayant au
moins trois mois d'ancienneté continue**

VOTRE REGIME FRAIS DE SANTE

L'Accord départemental (ci-après dénommé l'« Accord ») signé le 29 juillet 2009, modifié par avenants en date du 17 septembre 2013, du 16 janvier 2014 et 11 décembre 2015 entre les différents partenaires sociaux a mis en place des garanties conventionnelles Frais de Santé pour les salariés agricoles relevant du champ d'application de l'Accord précité, non affiliés à l'AGIRC et ayant au moins trois mois d'ancienneté continue dans l'entreprise, dont le siège social est situé dans le département de la Manche. Sont également concernés les salariés et apprentis d'établissements autonomes situés dans le département.

Sont exclus les cadres et personnels relevant de la Convention Collective du 02 avril 1952 et de la Caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée, les VRP relevant d'autres dispositions conventionnelles, les salariés relevant d'un accord d'entreprise étendu plus favorable.

Il est rappelé que l'Accord Départemental du 29 juillet 2009 est un accord autonome de la convention collective du 28 septembre 1970 concernant les exploitations de polyculture et d'élevage, les exploitations de cultures légumières et maraîchères et les coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) de la MANCHE (IDCC 9501).

Votre entreprise relevant de l'accord a adhéré au contrat de frais de santé à adhésion obligatoire assuré par HUMANIS PREVOYANCE (ci-après, dénommé l'Institution) afin de permettre aux salariés agricoles non affiliés à l'AGIRC, de bénéficier de garanties Frais de santé.

Vous trouverez dans cette notice, la définition des garanties 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 employeur ou directement à votre interlocuteur.

SOMMAIRE

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE.....	5
DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT.....	9
ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT.....	9
ARTICLE 2 – CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE.....	9
ARTICLE 3 – RÉVISION DU CONTRAT - MODIFICATION DE LA LÉGISLATION OU DE LA RÉGLEMENTATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.....	10
ARTICLE 4 – PARTICIPANTS.....	10
ARTICLE 5 – BÉNÉFICIAIRES.....	10
ARTICLE 6 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN.....	11
ARTICLE 7 – CONDITIONS DE CESSATION DES GARANTIES.....	13
ARTICLE 8 – ASSIETTE DE COTISATION.....	13
ARTICLE 9 – PAIEMENT DES COTISATIONS.....	14
ARTICLE 10 – PRESCRIPTION.....	14
ARTICLE 11 – CLAUSE DE SUBROGATION.....	14
ARTICLE 12 – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS.....	15
ARTICLE 13 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE – RÉCLAMATIONS – MEDIATION.....	15
ARTICLE 14 – À QUI S'ADRESSER ?.....	16
L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE.....	19

DOCUMENT A REMETTRE A VOTRE EMPLOYEUR

Je soussigné(é), _____

certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime Frais de Santé mis en place par ce dernier auprès d'HUMANIS PREVOYANCE.

À _____ le _____
Signature

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE

Toutes les garanties frais de santé sont exprimées :

- En % de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale dont relève le participant ou du Ticket Modérateur ;
- En % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) ou forfaitairement ou en combinant les expressions de garanties « BR + forfait ».

Les remboursements mentionnés ci-après incluent les prestations en nature de la Mutualité Sociale Agricole (MSA).

L'Institution n'intervient pas sur les actes et frais n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge du régime de base dont relève le bénéficiaire, sauf cas particuliers prévus par le régime mentionnés au sein de la présente notice d'information.

Le paiement des prestations est dû au Participant le premier jour de son affiliation pour tous les soins engagés pendant la période de couverture, quelle que soit la date de la maladie ou de l'accident ayant provoqué ces soins.

La prestation versée par l'Institution ne peut en aucun cas dépasser la totalité des frais laissés à la charge du Participant, après remboursement du régime de base de la Sécurité Sociale ou de la MSA ou de tout autre organisme complémentaire.

Lorsque les professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire, la base de remboursement retenue pour le calcul de la prise en charge complémentaire est celle du tarif d'autorité

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

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 (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

CCN AGRI MANCHE

Salariés agricoles non affiliés à l'AGIRC

GARANTIES SANTE / Régime Général à adhésion obligatoire

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 Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS DE LA SECURITE SOCIALE OU DE LA MSA (sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale ou de la MSA)	
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE, y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Honoraires - Signataires CAS ⁽²⁾	255 % BR
Honoraires - Non signataires CAS ⁽²⁾	200 % BR
Frais de séjours	100 % BR
Maternité	1/3 PMSS/bénéficiaire
Chambre particulière	40 €/jour pendant 60 jours, puis 25 €/jour
Forfait hospitalier	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
SOINS DE VILLE (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Consultations et visites, généralistes et spécialistes - Signataires CAS ⁽²⁾	250 % BR
Consultations et visites, généralistes et spécialistes - Non signataires CAS ⁽²⁾	200 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires CAS ⁽²⁾	100 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires CAS ⁽²⁾	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires CAS ⁽²⁾	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires CAS ⁽²⁾	100 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la SS ou la MSA	100 % BR + 12 % PMSS/an/bénéficiaire
Autre appareillage remboursé par la SS ou la MSA	100 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
PHARMACIE	
Pharmacie remboursée par la SS ou la MSA	100 % BR ou TFR
TRANSPORT	
Transport remboursé par la SS ou la MSA	100 % BR

FRAIS DENTAIRES	
Soins dentaires remboursés par la SS ou la MSA : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR
Inlays-onlays remboursés par la SS ou la MSA	220 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la SS ou la MSA : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Réparations sur prothèses - Inlays-cores	220 % BR + 12 % PMSS/an/bénéficiaire
Prothèses dentaires non remboursées par la SS : - Couronnes et bridges - Prothèses dentaires provisoires - Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)	300 €/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la SS ou la MSA	250 % BR
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) ⁽³⁾	
Monture	150 €
Verres (par paire)	Cf. grille optique
Lentilles remboursées par la SS ou la MSA	100 % BR + 100 €/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la SS ou la MSA (y compris jetables)	100 €/an/bénéficiaire
PREVENTION ET AUTRES SOINS	
Cure thermique remboursée par la SS ou la MSA : honoraires et soins	70 % BR
Médecine douce (acupuncture, chiropractie, ostéopathie)	25 €/séance (maxi 100 €/an/bénéficiaire)
Actes de prévention ⁽⁴⁾	Pris en charge

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

⁽²⁾ CAS : Contrat d'Accès aux Soins conclu entre l'Assurance maladie et le médecin de secteur 2, le médecin de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement et 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.

⁽³⁾ **La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, période 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 bénéficiaire. 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 (verre et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

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

Régime de base : Mutualité Sociale Agricole (MSA) ou Sécurité sociale (SS) / BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale / CAS : Contrat d'Accès aux Soins / FR : Frais Réels / MR : Montant remboursé par la Sécurité Sociale
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier de l'année / SS : Sécurité Sociale

GRILLE OPTIQUE ITELIS

Garanties exprimées en inclusion du remboursement du régime obligatoire					
Classe de défaut visuel	Défaut Visuel		Dans le réseau	Hors réseau	
	Myopie ou Hypermétropie (en dioptries)	Astigmatisme (en dioptries)		Verre simple foyer	Verre Progressif
classe 1	De 0 à 2	Inférieur ou égal à 2	FRAIS REELS*	100 €	200 €
classe 2	De 0 à 2 De 2,25 à 4	De 2,25 à 4 Inférieur ou égal à 2		105 €	250 €
classe 3	De 2,25 à 4 De 4,25 à 6	De 2,25 à 4 Inférieur ou égal à 4		135 €	265 €
classe 4	De 6,25 à 8 De 0 à 8	Inférieur ou égal à 4 Supérieur ou égal à 4,25		150 €	300 €
classe 5	Supérieur ou égal à 8,25	Tous cylindres		200 €	325**
Monture			150 €		

Limitation de consommation : 1 équipement tous les 2 ans pour les adultes, et 1 équipement par an pour les enfants ou en cas de changement du

*Dans la limite des plafonds du contrat responsable

**300 € pour les enfants

Frais médicaux engagés à l'étranger

L'Institution intervient dès lors que les frais engagés hors de France sont pris en charge par la Sécurité Sociale française.

Modalités de versement des prestations – Délai de règlement

- Les demandes de prestations doivent être accompagnées, notamment :
 - des originaux des décomptes du régime de base de la MSA et/ou d'un autre organisme complémentaire ;
 - le cas échéant, des factures originales détaillant les frais engagés ;
 - de la ou des factures subrogatoires des professionnels de santé en cas de tiers payant ;
 - En cas de renouvellement de l'équipement optique justifié par une évolution de la vue :
 - 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 ;
 - ou de tout autre document s'avérant nécessaire.

- L'Institution s'engage à un délai de traitement des demandes de prestations :
 - de 48 heures maximum pour les remboursements faisant l'objet d'une télétransmission par les caisses du régime de base de la Sécurité Sociale ou de la MSA selon la procédure Noémie ;
 - de 5 jours maximum suivant la constitution complète du dossier et après réception des pièces justificatives nécessaires au règlement dudit dossier pour les autres cas de remboursements ne faisant pas l'objet d'un traitement automatisé.

Les prestations sont versées soit directement au Participant (ou à ses bénéficiaires le cas échéant), soit aux professionnels de santé par tiers-payant.

DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

La présente notice précise les conditions dans lesquelles HUMANIS PREVOYANCE, Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale, assure au Participant conformément à l'Accord, le remboursement de tout ou partie des Frais de Santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité.

ARTICLE 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 D160-9 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. 321-1 du Code de la Sécurité Sociale).**
- **Conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale, la majoration de la participation supportée par le Bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.**
- **la majoration de la participation supportée par le Bénéficiaire et les ayants-droit sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique (accès au dossier Médical Personnel).**
- **les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque le Salarié et ses ayants droit consultent sans prescription du médecin traitant.**
- **les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.**

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

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

ARTICLE 3 – RÉVISION DU CONTRAT - MODIFICATION DE LA LÉGISLATION OU DE LA RÉGLEMENTATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les cotisations et les garanties sont révisables dans les conditions prévues par l'Accord.

En cas de changement de la législation ou de la réglementation de la Sécurité Sociale, les garanties et les taux de cotisation peuvent être révisés. Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions, le montant des prestations et leurs modalités de calcul demeurent inchangés.

ARTICLE 4 – PARTICIPANTS

L'Adhérent doit obligatoirement :

1. Affilier l'ensemble de ses salariés agricoles, non affiliés à l'AGIRC, employés par une entreprise relevant du champ d'application de l'Accord et ayant au moins trois d'ancienneté continue dans l'entreprise, sous réserve des cas de dispenses d'affiliation mentionnés ci-après :

- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail ou de mission dont la durée de couverture collective à adhésion obligatoire est inférieure à trois mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ;

- les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou de mission d'une durée au moins égale à douze mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garantie ;

- les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;

- Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;

- Les salariés bénéficiaires de la Couverture maladie universelle Complémentaire (CMU-C) OU de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). La dispense ne joue que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou cette aide.

- Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne joue que jusqu'à échéance du contrat individuel.

- Les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture frais de santé servie au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un des dispositifs suivants :

a- Contrat collectif à adhésion obligatoire, en matière de frais de santé, conformément aux dispositions de l'article L. 242-1 du CSS.

b- Contrat complémentaire des agents de la fonction publique d'état souscrit auprès d'un organisme référencé (décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007) ou des agents de la fonction publique territoriale souscrit auprès d'un organisme labellisé ou dans le cadre d'une convention de participation (décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011).

c- Contrat d'assurance groupes, dits Madelin (loi n° 94-126 du 11 février 1994).

d- Régime local d'assurance-maladie Alsace-Moselle (CSS, art. D. 325-6 et D. 325-7).

e- Régime complémentaire d'assurance-maladie des industries électriques et gazières (décret n°46-1541 du 22 juin 1946).

2. Déclarer à l'Institution tout salarié qui, au cours de l'adhésion, quitte l'entreprise (démission, licenciement, rupture conventionnelle ou départ à la retraite) ou sort du champ d'application de l'Accord, notamment suite à une évolution dans une autre catégorie. L'Adhérent précise la date et le motif du départ ou de l'évolution. La déclaration doit être faite dans les 30 jours du départ de l'entreprise ou du changement de catégorie.

3. Déclarer à l'Institution tout salarié dont le contrat de travail est suspendu et qui ne pourrait bénéficier du maintien de son affiliation en application de l'article 6.2 ci-après.

4. Transmettre à l'Institution un état récapitulatif complet du personnel concerné, en distinguant les Participants en activité sur l'exercice (CDI, CDD y compris saisonniers) de ceux en arrêt de travail ou en congé maternité. Cet état comprendra notamment, pour chacun des Participants, le salaire annuel brut et la situation de famille.

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

ARTICLE 5 – BÉNÉFICIAIRES

Le Participant bénéficie seul des garanties.

ARTICLE 6 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN

6.1 Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet immédiatement à compter de la date d'effet d'affiliation du Participant au contrat sous réserve que ce dernier ait au moins trois mois d'ancienneté continue chez l'Adhérent. La condition d'ancienneté est acquise au 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert trois mois d'ancienneté.

Ainsi, les garanties prennent effet :

Sous réserve des dispenses d'affiliation prévues à l'article 4 des présentes conditions générales,

➤ à la date d'effet du contrat pour tous les salariés présents à cette date et satisfaisant à la condition d'ancienneté ;

➤ ultérieurement :

- ✓ Au 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel la condition d'ancienneté est satisfaite ;
- ✓ au 1^{er} jour du mois qui suit la réception du bulletin d'affiliation pour les salariés ayant demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation et qui viennent à cesser de justifier de la situation ou qui reviennent sur leur décision.

6.2 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

En cas de suspension du contrat de travail pour l'un des cas prévus par les dispositions légales (notamment congé sans solde, congé sabbatique, congé parental d'éducation à plein temps, congé pour création d'entreprise, congé de solidarité internationale, congé de solidarité familiale, congé de formation, congé d'enseignement ou de recherche) ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, le participant bénéficie du maintien des garanties complémentaires Frais de Santé **pendant les trois premiers mois de la suspension et ce sans versement de cotisation.**

À l'issue de cette période, le participant peut, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'Institution, à titre individuel et facultatif, à continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé, sous réserve du paiement par ce dernier de l'intégralité de la cotisation.

L'Adhérent doit informer l'Institution de la suspension du contrat et de la durée de la suspension au début de celle-ci.

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du contrat obligatoire est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien total ou partiel de salaire ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par celui-ci ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence.

Si la suspension est inférieure à un mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire Frais de Santé est due intégralement.

6.3 Portabilité

CONDITIONS AU MAINTIEN DE L’AFFILIATION

Sous réserve pour le participant d’être éligible au dispositif de l’article L911-8 du code de la Sécurité sociale, l’affiliation au contrat et par conséquent les garanties dont profitait effectivement le participant 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.

L’Institution tient à la disposition de l’Adhérent un formulaire type « Déclaration de portabilité » qu’il devra lui retourner dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture. A défaut, l’affiliation du participant cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

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

Il incombe à l’Adhérent d’informer le participant du principe et de l’étendue du droit au maintien des garanties.

EFFET ET DUREE DU MAINTIEN DE L’AFFILIATION

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

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

En tout état de cause, l’affiliation au contrat 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.

OBLIGATIONS DECLARATIVES

Le participant s’engage à fournir à l’Institution :

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

GARANTIES

Le participant bénéficie des garanties prévues au contrat au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail.

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’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.

6.4 Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

Dans le cadre des dispositions de l'article 4 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite « Loi Evin », et sous condition d'avoir bénéficié effectivement du dispositif frais de santé de l'accord départemental du 29 juillet 2009, peuvent continuer à bénéficier de garanties santé à titre individuel, sans condition de période probatoire, ni d'examens ou questionnaires médicaux, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, les personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six (6) mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six (6) mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties à titre gratuit (maintien prévu à l'article 6.3 ci-dessus) ;

- les personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze (12) mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six (6) mois suivant le décès.

L'Institution adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés 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.

ARTICLE 7 – CONDITIONS DE CESSATION DES GARANTIES

Pour le Participant, les garanties cessent :

- ✓ à la date à laquelle le Participant n'appartient plus à la catégorie de personnel garantie ;
- ✓ en cas de cessation du contrat de travail, les garanties cessent à l'expiration du mois au cours duquel prend fin ce dernier ;
- ✓ à la date d'effet de la liquidation de la retraite du régime de base du Participant ;
- ✓ et, en tout état de cause, à la date d'effet de la dénonciation de l'Accord.

La carte de tiers-payant du Participant en cours de validité doit être restituée à l'Adhérent ou à l'Institution dans un délai de quinze jours suivant le départ de l'entreprise ou la cessation des garanties.

En cas de radiation du Participant, ce dernier peut souscrire un contrat individuel sans formalité médicale dans les conditions exposées à l'article 6.4 ci-avant.

ARTICLE 8 – ASSIETTE DE COTISATION

Excepté dans les cas d'adhésion à titre facultatif ou de souscription à titre individuel dans les conditions prévues aux articles 6.2 et 6.4 pour lesquels la cotisation est intégralement à la charge du Participant, le financement du contrat est assuré conjointement par le Participant et l'Adhérent. La part de cotisation du Participant est directement précomptée sur son bulletin de paie par l'Adhérent. L'Adhérent a la responsabilité du versement total des cotisations. Les cotisations sont dues dès le 1^{er} jour de l'affiliation. Elles sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

Les cotisations sont indexées au 1^{er} janvier de chaque exercice sur l'écart, s'il est positif, entre le taux d'évolution annuelle de l'Indice de la Consommation Médicale Totale (CMT) hors hospitalisation, connu au 1^{er} septembre et le pourcentage d'augmentation du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale constaté entre le 1^{er} janvier de l'exercice précédent et le 1^{er} janvier de l'exercice concerné.

Elles peuvent également évoluer au 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats du régime, sous réserve du respect d'un préavis de **deux mois**, et après consultation et accord des partenaires sociaux.

ARTICLE 9 – PAIEMENT DES COTISATIONS

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

Le versement des cotisations des Participants est assuré par l'Adhérent

Maintien facultatif aux salariés dont le contrat de travail est suspendu sans rémunération ou indemnisation de l'employeur :

Les cotisations concernant le maintien des garanties aux salariés dont le contrat de travail est suspendu sans rémunération ou indemnisation de l'employeur sont recouvrées 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, le maintien des garanties pourra être résilié 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 du maintien des garanties du contrat par l'Institution ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues.

La couverture du maintien facultatif 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.

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

ARTICLE 10 – PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

Lorsque l'action de l'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 celle-ci et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Institution à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant ou le bénéficiaire en ce qui concerne le règlement de la prestation.

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

ARTICLE 11 – CLAUSE DE SUBROGATION

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.

ARTICLE 12 – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Chacune des parties s'engage envers l'autre à effectuer les formalités qui lui incombent, en vertu des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 complétée par la loi du 6 août 2004, en cas de mise en œuvre de traitements automatisés d'informations nominatives et notamment, la déclaration du traitement, préalablement à sa mise en œuvre, à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et l'information des personnes concernées par le traitement.

Les données nominatives sont destinées aux différents services de l'Institution et le cas échéant à ses mandataires, ses réassureurs ou aux organismes professionnels concernés par le contrat.

Le participant ou le cas échéant les bénéficiaires peuvent demander communication, rectification ou suppression de données les concernant en adressant un courrier par lettre simple à l'Institution :

HUMANIS Prévoyance
Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45 777 SARAN Cedex

ARTICLE 13 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE – RÉCLAMATIONS – MEDIATION

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (61 rue Taitbout - 75436 PARIS cedex 09).

L'Institution met à la disposition 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 PREVOYANCE
Service Satisfaction Clients
303 rue Gabriel Debacq
45777 SARAN Cedex

Tèl. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les correspondances adressées par votre 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 adresse au demandeur un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, **sans que ce délai ne puisse au total excéder deux mois.**

Si un désaccord persistait après 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 du CTIP
10 rue Cambacérès – 75008 PARIS
Tél : 01 42 66 68 49
mediateur@ctip.asso.fr
www.ctip.asso.fr

L'avis du médiateur est remis aux parties dans un délai de cinq mois à compter de sa saisine.

ARTICLE 14 – À QUI S'ADRESSER ?

➤ Pour votre adhésion, vos cotisations, votre régime, contactez votre employeur :

- pour effectuer votre adhésion et toute modification de votre situation ;
- pour toute question concernant le paiement de vos cotisations ;
- pour toute question générale sur le régime.

➤ Pour vos remboursements et vos demandes de prises en charge, contactez l'Institution :

HUMANIS PREVOYANCE
348 rue Puech Villa
BP 7209
34183 MONTPELLIER cedex 4
Tél. (appel non surtaxé) : 09 69 39 08 33
Fax : 09 69 89 77 40
www.cria.humanis.com

➤ Pour tout changement dans votre situation :

Pensez à avertir l'Institution, le plus rapidement possible, lors de tout changement :

- d'adresse,
- de situation de famille,
- de situation des enfants à charge.

Pour obtenir une nouvelle carte de tiers payant de l'Institution, retournez l'ancienne accompagnée d'un nouveau bulletin d'affiliation à cette dernière.

LES SERVICES D'HUMANIS PREVOYANCE

✓ **Noémie**

Pour la mise en place du système de télétransmission Noémie, vous devez nous fournir la copie de l'attestation papier jointe à la carte Vitale et un relevé d'identité bancaire ou postal.

Ce système de transfert des données par le régime de base directement à l'Institution vous évite l'envoi de décompte de remboursement du régime de base. Les remboursements se succèdent donc à 48 heures d'intervalle de façon automatique et par virement sur compte bancaire ou postal.

Votre décompte de régime de base porte la mention « Déjà transmis à votre organisme de prévoyance ».

Si cette mention n'apparaît pas, appelez-nous sans tarder et envoyez-nous le décompte pour remboursement. Vous recevrez ensuite un relevé concernant le remboursement effectué par l'Institution.

Sont exclus de ce système :

- les personnes qui ne souhaitent pas en faire partie ;
- les actes bénéficiant du tiers payant, les sommes étant directement remboursées au praticien ;
- les actes non indemnisés par le régime de base qui bénéficient d'un remboursement de notre part (ex. : orthodontie, prothèses dentaires, lentilles non prises en charge).

Pour ces derniers, une facture doit obligatoirement nous être adressée.

✓ **Le tiers-payant**

Une carte nominative vous sera remise et vous permettra d'obtenir le tiers payant (dispense d'avance de frais). Ce service assurant une prise en charge dans la limite du ticket modérateur (sauf tiers payant optique), est accessible auprès des professionnels de santé conventionnés suivants :

- Pharmaciens ;
- Radiologues ;
- Laboratoires d'analyses médicales ;
- Auxiliaires médicaux (Kinésithérapeutes, Infirmiers, Orthophonistes, Orthoptistes) ;
- Établissements hospitaliers, Centres de soins (soins externes) ;
- Fournisseurs de matériel médical (hors optique et auditif) ;
- Opticiens ;
- Transporteurs.

La validité de la carte est renouvelable chaque année. La carte doit être restituée en cas de perte de droit (cessation du contrat de travail notamment) à l'Adhérent ou à l'Institution.

❖ **Tiers payant optique**

Votre contrat prévoit une prise en charge optique. Votre opticien adresse une demande de prise en charge à l'Institution de ce service (par saisie sur internet, à défaut par fax). Celle-ci délivre la prise en charge dans les limites des garanties du régime.

❖ **Tiers payant hospitalisation**

Avant toute hospitalisation et pour ne pas faire l'avance de frais, vous devez demander une prise en charge hospitalière auprès de l'Institution.

En cas d'urgence, précisez à l'établissement hospitalier les coordonnées de l'Institution : notre service faxera immédiatement une demande de prise en charge auprès de l'établissement chargé de vous accueillir.

Communiquez tout renseignement utile (numéro de contrat, date d'hospitalisation, nom de la personne hospitalisée, numéro de Sécurité Sociale, coordonnées de l'hôpital ou de la clinique).

✓ **Services en ligne sur www.cria.humanis.com**

Dans votre espace internet sécurisé, vous pouvez :

- consulter et modifier vos coordonnées personnelles ;
- visualiser vos références contractuelles et la liste de vos bénéficiaires ;
- accéder à vos remboursements de santé (sur les 40 derniers jours) ;
- faire une demande de prise en charge hospitalière.

Pour créer votre espace sécurisé sur www.cria.humanis.com :

- munissez-vous de votre numéro d'adhérent que vous trouverez sur votre carte de tiers payant et sur vos décomptes de remboursements ;
- connectez-vous au site www.cria.humanis.com/espaceassures;
- cliquez sur « première connexion », votre numéro d'adhérent vous sera alors demandé ;
- un courriel vous sera envoyé avec votre mot de passe de connexion.

L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE

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

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

- **orienter** vers des organismes compétents pour apporter leur concours à l'obtention de droits ou à 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.

À QUI S'ADRESSER ?

HUMANIS PREVOYANCE
Service social
93 rue Marceau
93187 MONTREUIL cedex

N° Azur 0811 919 919

Appel non surtaxé