



Accord collectif départemental du frais de santé du 28 juillet 2009 des exploitations de « polyculture-élevage » de la Manche

Notice d'information santé Régime collectif à adhésion facultative

Edition janvier 2019

Garanties frais de santé

Référence : NI-« facultative » - Accord MANCHE – FS – 01.2019

Document à remettre à votre employeur

Je soussigné(e), _____

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

A _____ le _____
Signature

SOMMAIRE

SOMMAIRE	5
PREAMBULE.....	6
▶ Affiliation des membres du personnel - Adhésion individuelle des personnes au contrat complémentaire collectif.....	6
▶ Bénéficiaires.....	6
GARANTIES FRAIS DE SANTE	9
▶ Contrat solidaire et responsable	9
▶ Garanties frais de santé	9
▶ Risques exclus.....	12
▶ Modalités de versement des prestations.....	12
▶ Les justificatifs à fournir par le Participant pour ses demandes de remboursement	14
DISPOSITIONS GENERALES.....	16
▶ Entrée en vigueur des garanties - Suspension et conditions de maintien	16
▶ Durée et renouvellement de l'adhésion individuelle du Participant (dans le cadre d'une adhésion collective facultative).....	16
▶ Cessation de l'affiliation des Participants (dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire).....	16
▶ Maintien des garanties	17
▶ Cotisations	17
▶ Paiement des cotisations.....	18
▶ Effet de la résiliation ou du non renouvellement	18
▶ Recours - Prescription.....	18
POUR MIEUX SE COMPRENDRE.....	21
L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE.....	22
ANNEXE I : GARANTIES COMPLEMENTAIRES FRAIS DE SANTE - AGRICULTURE MANCHE	23

PREAMBULE

Les partenaires sociaux ont signé un Accord Collectif Départemental (ci-après dénommé l' « Accord ») en date du 28 juillet 2009 modifié, instituant une assurance complémentaire frais de santé au profit des salariés agricoles non affiliés à l'AGIRC, bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de 3 mois, relevant des exploitations de « polyculture-élevage » de la Manche. Au-delà des garanties du contrat d'assurance collective socle collectif obligatoire du régime frais de santé conventionnel, l'Adhérent a la possibilité de souscrire au contrat complémentaire collectif permettant d'étendre les prestations dudit contrat socle collectif obligatoire.

Votre employeur, ci-après dénommé « l'Adhérent » relevant de l'Accord, adhère au contrat d'assurance collective du régime frais de santé mis en œuvre par Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est à Paris (75014), 29 Boulevard Edgar Quinet, ci-après dénommée « l'Institution ».

Vous trouverez dans cette notice la présentation des garanties du régime frais de santé ainsi que les éléments vous permettant de comprendre leurs modalités d'application.

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

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

Conditions d'affiliation

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

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

L'adhésion individuelle ne peut produire ses effets que dans la mesure où chaque Participant, renseigne intégralement et signe le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle établi par l'Institution, dans lequel il précise notamment son état civil et ses bénéficiaires.

L'Institution émet un document de confirmation d'adhésion individuelle mentionnant la date de prise d'effet des garanties et les caractéristiques de l'adhésion individuelle. En tout état de

cause, seule la date d'effet figurant sur ce document fait foi entre les parties.

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

- ❖ à la date à laquelle le Participant bénéficie du contrat socle collectif obligatoire souscrit par l'Adhérent, s'il choisit d'adhérer à cette date,
- ❖ à défaut, si le Participant choisit d'adhérer à une date postérieure, au 1er jour du mois suivant la réception par l'Institution de la demande du Participant.

► Bénéficiaires

Les bénéficiaires

Peuvent être couverts :

- ❖ les salariés en contrat de travail à durée déterminée ou contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, et ne bénéficiant pas de ce fait du régime. Ces salariés peuvent également étendre les garanties à leurs familles.
- ❖ les ayants droit des salariés affiliés eux-mêmes au contrat socle collectif obligatoire.

Définition des ayants droits

Sont ayants droit du Participant :

- ❖ le conjoint : personne liée au salarié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle ;
- ❖ le cocontractant d'un Pacs : personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité (Pacs) dans les conditions fixées aux articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- ❖ le concubin : personne vivant avec le salarié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs.
La preuve du lien se fait par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire

et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus.

- ❖ les enfants à charge du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacs ou de son concubin :
 - âgés de moins de 18 ans, non-salariés, ayant la qualité d'ayant droit au sens de la sécurité sociale du (membre) participant/souscripteur, de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacs ou de son concubin ;
 - âgés de moins de 18 ans, non-salariés, bénéficiant d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de sécurité sociale et reconnus à charge par l'administration fiscale du (membre) participant/souscripteur ;
 - âgés de 18 ans à moins de 21 ans, non-salariés, bénéficiant d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de sécurité sociale et reconnus à charge par l'administration fiscale du (membre) participant/souscripteur ;
 - âgés de moins de 26 ans et poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
 - âgés de moins de 26 ans et sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
 - quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé, AAH (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- ❖ les enfants du salarié nés « viables » moins de 300 jours après son décès ;
- ❖ les ascendants à charge : les personnes ascendantes du salarié bénéficiaire à condition d'être à charge de ce dernier au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

Affiliation et modification des bénéficiaires

En tout état de cause les garanties de l'extension facultative sont identiques aux garanties du Participant au titre de son contrat socle collectif obligatoire.

La déclaration des ayants droit, y compris pour l'extension facultative du conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale

dont le Participant entend assurer la couverture, s'effectue au moment de l'affiliation du Participant. En tout état de cause les garanties de l'extension facultative sont identiques aux garanties du Participant au titre de son contrat socle collectif obligatoire.

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

- ❖ à l'occasion d'une modification de la situation familiale,
- ❖ et uniquement pour l'extension facultative au conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale, chaque 1^{er} janvier, sous réserve qu'une demande en ce sens soit présentée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de l'année précédente.

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

Justificatifs à fournir

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

- ❖ la copie du livret de famille,
- ❖ la copie du certificat de mariage,
- ❖ l'attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
- ❖ l'attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins et tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...),
- ❖ Pour les conjoints, concubins, partenaires liés par un PACS:
 - la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale,
 - ❖ Photocopie du dernier avis d'imposition commune,
 - ❖ ou en cas d'imposition séparée, photocopie du dernier avis d'imposition du conjoint et assimilé et attestation d'engagement dans les liens d'un PACS ou 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 sur l'honneur certifiant ne pas exercer d'activité professionnelle ou être à la charge effective, totale et permanente du Participant.
- ❖ pour les enfants à charge selon leur situation :
 - pour les enfants de moins de 21 ans non salariés, une attestation sur l'honneur certifiant qu'ils sont à la charge effective et permanente du Participant, du conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS
 - le certificat de scolarité,
 - la copie du dernier avis d'imposition du Participant ou de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
 - la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,

- la copie du dernier bulletin de salaire,
- Photocopie de tout document de reconnaissance de l'état d'infirmité permanente (dont la carte d'invalidité)
- l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
- Photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale ou de la carte d'assuré social au régime de base obligatoire, en vigueur,

➤ Pour les ascendants à charge :

- Photocopie de l'avis d'imposition de la personne vivant sous le toit du Participant;
- tout justificatif de domicile au nom de la personne à charge (facture,) ou à défaut, attestation sur l'honneur de domiciliation établie sur papier libre, signée par le Participant et la personne à charge.

Outre ces justificatifs, le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle doit être accompagné de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale en vigueur à la date d'affiliation, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro.

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

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

Cessation de l'affiliation des bénéficiaires

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

Elle cesse également :

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

GARANTIES FRAIS DE SANTE

► Contrat solidaire et responsable

Le présent 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.

La souscription du contrat complémentaire collectif facultatif est juridiquement distincte de la souscription du contrat socle collectif obligatoire.

La souscription du contrat complémentaire collectif facultatif est autorisée ou refusée par l'Adhérent lors de la signature du Contrat d'Adhésion par l'Adhérent. En cas d'autorisation, elle est laissée à l'appréciation de chaque Participant qui, individuellement, fait part de sa volonté de bénéficier de cette couverture complémentaire.

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.**

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

► Garanties frais de santé

Les garanties des contrats figurent en annexe de la présente notice.

Objet et conditions des garanties

Les garanties frais de santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les Participants, en complément des remboursements de la Sécurité sociale française effectués au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, sous réserve de l'application des risques exclus mentionnés à l'article 20 ci-après et des frais non pris en charge visés à l'article 18 ci-avant.

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

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

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

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

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

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

Il est précisé que suite à la nouvelle convention médicale du 25 août 2016, publiée au Journal Officiel du 23 octobre 2016, afin de maintenir le caractère responsable du contrat, les mentions « Contrat d'Accès aux Soins », « CAS » et « non CAS » sont remplacées respectivement par :

- « dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée »,
- « OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) / OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique) »,
- Et « non OPTAM / non OPTAM CO ».

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

HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ :

- ❖ **Hospitalisation chirurgicale :**
- ❖ **Hospitalisation médicale :**
- ❖ **Hospitalisation à domicile prise en charge par la MSA.**
- ❖ **Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations chirurgicales et médicales :**
 - ❖ Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la Liste des Produits et des Prestations (LPP) facturables et spécialités pharmaceutiques).
 - ❖ Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),
 - ❖ Forfait hospitalier prévu à l'article L.174-4 du code de la Sécurité sociale est pris en charge sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait hospitalier facturé par les établissements 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 dépendants (EHPAD),
 - ❖ Forfait ambulatoire,
 - ❖ Frais de chambre particulière (dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours),
 - ❖ Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de moins de 16 ans bénéficiaire du contrat (dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours). Ces frais comprennent les frais

d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».

Pour les frais de chambre particulière et les frais d'accompagnement, la prise en charge est limitée à :

- ❖ 365 jours,
- ❖ 180 jours en cas de séjour en psychiatrie.

A l'expiration de cette 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 supérieure à 90 jours continus et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.

- ❖ Participation forfaitaire pour les actes coûteux.

SOINS DE VILLE EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ :

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

PHARMACIE :

- ❖ **Frais pharmaceutiques remboursés par la MSA.**
- ❖ **Frais pharmaceutiques prescrits mais non remboursés par la MSA**
- ❖ **Vaccins non remboursés par la MSA**
- ❖ **Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac remboursé par la MSA**

APPAREILLAGE :

- ❖ **Orthopédie et prothèses remboursés par la MSA.**
- ❖ **Prothèses auditives (+ piles et entretien) remboursées par la MSA**

TRANSPORT :

- ❖ **Frais de transport pris en charge par la MSA.**

DENTAIRE :

- ❖ **Soins dentaires remboursés par la MSA :** soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie.
- ❖ **Parodontologie non remboursée par la MSA**
- ❖ **Inlays-onlays remboursés par la MSA.**
- ❖ **Prothèses dentaires remboursées par la MSA :**
 - couronnes, bridges et inter de bridges,
 - couronnes sur implant,
 - prothèses dentaires amovibles et transitoires,
 - réparations sur prothèses,
 - inlays-cores.
- ❖ **Prothèses dentaires non remboursées par la MSA :**
 - Couronnes et bridges,
 - réparations sur prothèse (à l'exception des réparations à caractère esthétique).
- ❖ **Orthodontie remboursée ou non par la MSA.**
- ❖ **Implants dentaires.**

OPTIQUE :

- ❖ **Équipement optique pris en charge par la MSA (deux verres et une monture).**
La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.
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.
- ❖ **Lentilles remboursées ou non par la MSA.**
- ❖ **Chirurgie réfractive.**

MATERNITE :

- ❖ **Allocation maternité**
Une allocation destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais et dépassements d'honoraires liés à l'accouchement, non remboursés par la MSA, est versée pour la naissance d'un enfant du participant, déclaré à l'état civil. Cette allocation est versée, dans la double limite des frais réels et du contrat, sur présentation des justificatifs pour la naissance d'un enfant du participant.

Cette allocation est doublée en cas de naissance multiple.

Cette allocation n'est pas due en cas d'adoption d'un enfant par le participant.

PREVENTION :

- ❖ **Acte de prévention hors fonds de solidarité**
 - le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sur les 1ères et 2èmes molaires permanentes des enfants avant leur 14ème anniversaire, à raison d'une fois par dent,
 - un détartrage annuel complet, effectué en 2 séances maximum,
 - un bilan du langage oral et/ou un bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit pour les enfants de moins de 14 ans, à condition qu'il s'agisse d'un 1er bilan,
 - le dépistage de l'hépatite B,
 - le dépistage, une fois tous les 5 ans, des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour les cas d'audiométrie tonale et/ou vocale (dans le bruit ou avec Tympanométrie),
 - l'acte d'ostéodensitométrie osseuse remboursable par l'Assurance Maladie (pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans),
 - les vaccins suivants : Diphtérie, Tétanos et poliomyélite (à tous âges) ; Coqueluche (avant 14 ans) ; Hépatite B (avant 14 ans) ; BCG (avant 6 ans) ; Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes immunisées désirant un enfant ; Haemophilus influenzae B ; vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

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

ALLOCATIONS FORFAITAIRES :

- ❖ **Cure thermale prise en charge par la MSA :** honoraires et soins remboursés par la MSA, transport et hébergement remboursés ou non par la MSA

MEDECINES ALTERNATIVES :

Par dérogation à l'article « Risques exclus » des présentes Conditions Générales, peuvent être pris en charge les actes effectués par les praticiens mentionnés au tableau des garanties. Les actes doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat, inscrits au registre préfectoral et exerçant en France.

SERVICE :

- ❖ **Assistance de base + Plateforme Itélis + Téléconsultation + Hospiway**

- ❖ Tiers Payant iSanté
- ❖ Tiers Payant Optique
- ❖

Soins engagés hors de France

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

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

L'Institution intervient dès lors que les Participants bénéficient d'une prise en charge par la MSA ou par le régime de Sécurité sociale du pays d'accueil.

Dans les deux cas elle intervient en complément des tarifs théoriques de la MSA française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues par le contrat.

Le contrat ne couvre pas les salariés expatriés.

Justificatifs

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

► Risques exclus

Ne donnent pas lieu aux garanties définies dans 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 MSA 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.

► Modalités de versement des prestations

Paiement des cotisations

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

Services de tiers payant

Conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et de ses textes réglementaires d'application, l'Institution met à la disposition du Participant 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 doit donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Le Participant qui n'utilise pas leur carte de tiers-payant ou se voit refuser ce service par le professionnel de santé doit demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursé par l'Institution.

La prise en charge optique

L'opticien adresse une demande de prise en charge auprès du gestionnaire de ce service, si le bénéficiaire profite de ce service. La prise en charge est limitée aux garanties souscrites mentionnées aux tableaux des garanties figurant en annexe.

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 Participant de tout paiement des frais d'hospitalisation, dans la limite du contrat à l'exception des frais personnels.

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

Demandes de remboursement

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

Les bénéficiaires et l'Adhérent sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'Institution les déclarations et pièces justificatives listées ci-après. L'Institution se réserve le droit de demander au Participant toute

autre pièce justificative pour tenir compte notamment des spécificités des garanties souscrites.

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

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

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

Justificatifs et contrôle

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

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

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

Outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, le service médical de

l'Institution se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du Participant ou de celle de ses ayants droit affiliés. L'Institution peut également demander tout renseignement ou pièce permettant d'établir la réalité du paiement des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après le paiement des prestations, **y compris après résiliation du contrat.**

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

► **Les justificatifs à fournir par le Participant pour ses demandes de remboursement**

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

Cure thermale	Facture acquittée du séjour
Pharmacie médicalement prescrite et non remboursée Vaccins non remboursés par la MSA Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac remboursé par la MSA	Facture acquittée et prescription médicale
	Non bénéficiaire Noémie
Pour les soins pris en charge par la Sécurité sociale ou la MSA	Décompte original de la Sécurité sociale ou de la MSA Justificatifs ci-dessus

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

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

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

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

DISPOSITIONS GENERALES

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

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

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

- ✦ à la date d'adhésion du Participant au contrat complémentaire collectif,
- ✦ à défaut, à la date de l'évènement dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation de famille.

► Durée et renouvellement de l'adhésion individuelle du Participant (dans le cadre d'une adhésion collective facultative)

Durée et renouvellement de l'adhésion individuelle du Participant

L'adhésion individuelle du Participant au contrat complémentaire collectif à adhésion facultative se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction d'année en année, sauf dans les cas de cessation visés ci-dessous.

Cessation de l'adhésion individuelle du Participant

Sous réserve de l'application de l'article « Maintien des garanties santé au titre de la portabilité », l'adhésion individuelle du Participant au contrat complémentaire collectif facultatif cesse de plein droit :

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

L'adhésion individuelle du Participant peut également cesser :

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

La dénonciation par le Participant de son adhésion individuelle est définitive, de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler de demande d'adhésion individuelle au contrat complémentaire collectif, sauf dérogation accordée par l'Institution.

✦ **à la demande de l'Institution :**

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

Le Participant qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de la cessation de son adhésion individuelle à remettre à l'Adhérent sa carte de tiers payant. L'Adhérent doit la retourner à l'Institution. L'Institution récupère auprès du Participant toutes prestations indûment réglées.

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

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

Sous réserve de l'application de l'article « Maintien des garanties santé au titre de la portabilité », l'affiliation du Participant cesse de plein droit :

- soit à la date de sortie des effectifs,
- soit à la date de départ à la retraite, à l'exception des Participants reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi retraite », auprès de l'Adhérent,
- soit à la date d'évolution dans une autre catégorie assurée,
- et, en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat complémentaire collectif.

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

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

L'Institution récupère auprès du Participant toutes prestations indûment réglées.

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

► **Maintien des garanties**

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

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 socle collectif obligatoire et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les bénéficiaires sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail du Participant à condition que la cessation résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

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 durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation du Participant au contrat socle collectif obligatoire est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant 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 du Participant cesse de plein droit :

- ❖ à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès),
- ❖ en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après,

- ❖ en cas de résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise au contrat socle collectif obligatoire.
- ❖ En tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail.

Obligations déclaratives

Le Participant s'engage à fournir à l'Institution :

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

Garanties

Le Participant bénéficie des garanties prévues au contrat socle collectif obligatoire au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail. Le cas échéant, le maintien de garanties est accordé aux ayants droit, tels que définis au contrat. En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat socle collectif obligatoire ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables au Participant.

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

Financement

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

Maintien des garanties santé au titre de l'article 6 de la loi Evin du 31 décembre 1989

Sous réserve d'en faire la demande à l'Institution, les Participants peuvent continuer à bénéficier de garanties frais de santé à titre individuel, y compris au terme du maintien prévu à l'article « Maintien des garanties santé au titre de la portabilité », moyennant le paiement de cotisations spécifiques, dans les cas suivants :

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

► **Cotisations**

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 dans la présente notice d'information.

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

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

► Paiement des cotisations

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

Les cotisations sont recouvrées selon les modalités indiquées au contrat souscrit par l'Adhèrent. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

L'appel des cotisations est effectué selon les dispositions mentionnées au contrat auprès du Participant. Dans ce cas les cotisations seront recouvrées dans les conditions définies sur le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.

La résiliation de l'extension des garanties du contrat socle collectif obligatoire aux membres de la famille par l'Institution ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard mentionnées ci-dessous.

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

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

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

Défaut de paiement des cotisations

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

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

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

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

► Effet de la résiliation ou du non renouvellement

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat d'adhésion au contrat socle collectif obligatoire de l'Adhèrent 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 MSA soit antérieure à la date de fin de couverture et sous réserve des dispositions de l'article « Demandes de Remboursement » de la présente notice.

► Recours - Prescription

Recours subrogatoire

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

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

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

Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

❖ **en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou**

inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance,

- **en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont 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 :

- **de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou recommandé électronique par l'Institution au Participant en vue d'obtenir le paiement de cotisations,**
- **de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou recommandé électronique par le Participant ou ses ayants droit à l'Institution en vue d'obtenir 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.

Réclamations – Médiation

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

Humanis Prévoyance

Service Satisfaction Clients

303, rue Gabriel Debacq

45 777 Saran cedex

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

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 pas être fournie dans ce délai, l'Institution lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

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

Médiateur du CTIP

10 rue Cambacérès – 75008 Paris

Tél : 01 42 66 68 49

www.ctip.asso.fr

mediateur@ctip.asso.fr

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

Contrôle de l'Institution

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 Place de Budapest CS 92459-75436 PARIS CEDEX 09.

Dispositions diverses

‣ **Confidentialité**

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée des contrats et après son extinction pour une durée de cinq années, la stricte confidentialité de toutes les informations techniques ou financières qu'elles auront pu se communiquer ou dont elles auront pu avoir connaissance à l'occasion de l'exécution du contrat.

En particulier, l'Institution s'engage envers l'Adhérent à conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

‣ **Protection des données à caractère personnel**

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations communiquées sont traitées par l'Institution, responsable de traitement, ou par l'organisme gestionnaire par délégation.

Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance.

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, ces données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant du Participant (demande de renseignements ou de documentation par exemple). L'ensemble des durées de conservation des données sont précisées sur le site internet du groupe HUMANIS à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>.

Le Participant peut demander l'accès, la rectification, l'effacement de ses données personnelles ainsi que limiter ou s'opposer au traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) aux coordonnées suivantes : protection-donneespersonnelles@humanis.com ou à groupe HUMANIS - celle

Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant Couturier - 92246 MALAKOFF Cedex. Le peut également demander la portabilité des données qu'il a fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque son consentement était requis. Un justificatif d'identité pourra être demandé par l'Institution pour confirmer l'identité du Participant avant de répondre à sa demande.

Le site internet du groupe HUMANIS peut être consulté pour de plus amples informations à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>.

En tout état de cause, le Participant peut saisir directement la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

❖ **Prospection commerciale par voie téléphonique**

Le Participant qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL », par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr conformément aux dispositions des articles L.223-1 à L223-7 du code de la consommation.

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

POUR MIEUX SE COMPRENDRE

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

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

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

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

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

Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) : base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.

Nomenclature : cette notion désigne aussi bien la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), que la Nomenclature

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

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

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. 322-2 I du Code de la Sécurité sociale.

L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE

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

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

- ❖ **orienter vers des organismes compétents pour apporter leur concours à l'obtention de droits ou la résolution de difficultés,**
- ❖ **conseiller sur les démarches à entreprendre,**
- ❖ **étudier la possibilité d'une aide financière, en fonction de votre situation économique et sociale.**

Ces aides ne sont pas systématiques. Elles ne peuvent en aucun cas être assimilées à un complément des garanties contractuelles.

A qui s'adresser

Humanis
Service social

N° Cristal 09 72 72 23 23

APPEL NON SURTAXE

ANNEXE I : GARANTIES COMPLEMENTAIRES FRAIS DE SANTE - AGRICULTURE MANCHE

GARANTIES SANTE / Régime complémentaire à adhésion facultative

Conformément au cahier des charges du contrat responsable, les Honoraires, les Frais de séjour, les Soins courants, la Pharmacie remboursée à 65% en régime général, le Transport, l'Appareillage, les équipements Optique et Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (SS) ou la Mutualité Sociale Agricole (MSA), les Soins dentaires et Inlays-onlays ainsi que les Actes de prévention sont pris en charge par HUMANIS PREVOYANCE avec un minimum de 100% de la BR - MR ; les Prothèses dentaires SS ou MSA et l'Orthodontie SS ou MSA sont, quant à elles, prises en charge PAR HUMANIS PREVOYANCE avec un minimum de 125% de la BR - MR.

Les garanties s'entendent SOUS DEDUCTION des prestations de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole (sauf garanties exprimées en forfait). Ces garanties s'entendent dans la double limite, d'une part des frais réels - MR, et d'autre part dans la limite de :	
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE, y compris maternité (secteurs conventionné et non conventionné (1))	
Hospitalisation chirurgicale et médicale	
Frais de séjour et Fournitures diverses	100 % de la BR
Honoraires - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	255 % de la BR
Honoraires - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	200 % de la BR
Forfait journalier	100 % des Frais Réels
Chambre particulière en hospitalisation, y compris forfait ambulatoire	75 Euros par jour pendant 60 jours maximum puis 25 Euros par jour
Chambre particulière en maternité	80 Euros par jour
Chambre particulière en psychiatrie	75 Euros par jour pendant 45 jours par an
Frais d'accompagnement (enfant - de 16 ans)	50 Euros par jour pendant 10 jours maximum puis 30 Euros par jour
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 Euros
Hospitalisation à domicile	
Honoraires - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	255 % de la BR
Honoraires - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	200 % de la BR
SOINS DE VILLE (secteurs conventionné et non conventionné (1))	
Consultations et visites de généralistes ou de spécialistes - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	250 % de la BR
Consultations et visites de généralistes ou de spécialistes - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	200 % de la BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	220 % de la BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	200 % de la BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	210 % de la BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	190 % de la BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	200 % de la BR
Biologie médicale	180 % de la BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 Euros

PHARMACIE	
Frais pharmaceutiques remboursés par la SS ou la MSA	100 % de la BR
Frais pharmaceutiques prescrits mais non remboursés par la SS ou la MSA	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 40 Euros
Vaccins non remboursés par la SS ou la MSA	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 40 Euros
Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac remboursé par la SS ou la MSA	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 50 Euros
FRAIS DE TRANSPORT	
Frais de transport remboursé par la SS ou la MSA	100 % de la BR
APPAREILLAGE	
Orthopédie et prothèses diverses remboursées par la SS ou la MSA	285 % de la BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 200 Euros (fauteuil roulant)
Prothèses auditives (+ piles et entretien) remboursées par la SS ou la MSA	400 % de la BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 12 % du PMSS
FRAIS DENTAIRES	
Soins dentaires remboursés par la SS ou la MSA : soins dentaires, actes de prophylaxie bucco-dentaire, actes d'endodontie, parodontologie	100 % de la BR
Parodontologie non remboursée par la SS ou la MSA	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 100 Euros
Inlays-onlays remboursés par la SS ou la MSA	250 % de la BR
Prothèses dentaires remboursées par la SS ou la MSA : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Prothèses dentaires transitoires - Réparations sur prothèses - Inlays-cores	350 % de la BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 12 % du PMSS
Prothèses dentaires non remboursées par la SS ou la MSA : - Couronnes et bridges - Réparations sur prothèses (sauf les réparations à caractère esthétique) Implants (implant + pilier implantaire)	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 500 Euros
Orthodontie remboursée par la SS ou la MSA	300 % de la BR
Orthodontie non remboursée par la SS ou la MSA	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 200 Euros
OPTIQUE	
Limitation à un équipement Lunettes (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans par bénéficiaire âgé de 18 ans et plus et à un équipement Lunettes tous les ans pour les bénéficiaires âgés de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue	
Verres et montures remboursés par la SS ou la MSA	Réseau ITÉLIS Cf. Grille optique
Lentilles remboursées par la SS ou la MSA (y compris jetables)	100 % de la BR plus un forfait de 200 Euros par bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la SS ou la MSA (y compris jetables)	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 200 Euros
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	500 Euros par œil
MATERNITE ET ADOPTION	
Allocation naissance (3) (L'allocation n'est pas due en cas d'adoption.)	Allocation indemnitaire égale à 40 % du PMSS, dans la limite des frais réellement engagés
PREVENTION	
Actes de prévention (4) hors fonds de solidarité	Pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat (5)
MEDECINE ALTERNATIVE	
Acupuncteur, Chiropracteur, Ostéopathe, Sophrologue	30 Euros par consultation, dans la limite de 4 consultations par an et par bénéficiaire

CURE THERMALE	
Cure thermale remboursée par la SS ou la MSA :	
- honoraires et soins remboursés par la SS ou la MSA	100 % de la BR
- transport et hébergement remboursés ou non par la SS ou la MSA	150 Euros
SERVICES	
Assistance de base + Plateforme Itélis + Téléconsultation + Hospiway	Inclus
Tiers Payant iSanté	Prévu
Tiers Payant Optique	Prévu

Grille ITÉLIS - OPTIQUE

Les garanties VERRES et MONTURE s'entendent SOUS DEDUCTION des prestations de la SS ou de la MSA.

VERRES					
Classe de défaut visuel	Défaut visuel		Dans le réseau 0 € à charge sur les verres indiqués ci-dessous	Hors réseau	
	Myopie ou hypermétropie (en dioptries)	Astigmatisme (en dioptries)		Verre simple foyer	Verre progressif
Classe 1	De 0 à 2	Inf ou = à 2,00	Frais réels (*)	100 €	200 €
Classe 2	De 0 à 2	De 2,25 à 4	Frais réels (*)	105 €	250 €
	De 2,25 à 4	Inf ou = à 2,00			
Classe 3	De 2,25 à 4	De 2,25 à 4	Frais réels (*)	135 €	265 €
	De 4,25 à 6	Inf ou = à 4,00			
Classe 4	De 6,25 à 8	Inf ou = à 4,00	Frais réels (*)	150 €	300 €
	De 0 à 8	Sup ou = à 4,25			
Classe 5	Sup ou = à 8,25	Tous cylindres	Frais réels (*)	200 €	300 € pour les ayants droit mineurs 325 € pour tous les autres bénéficiaires
MONTURE					
Monture remboursée par la SS ou la MSA			Plafond par bénéficiaire égal à 150 Euros		

(*) : dans la limite des plafonds du contrat responsable

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

(2) L' « OPTAM / OPTAM-CO » remplace, à compter du 1er janvier 2017, le 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.

(3) La garantie Maternité définie ci-dessus est une allocation destinée à rembourser l'ensemble des frais et dépassements d'honoraires liés à l'accouchement non remboursés par la SS ou la MSA. Au titre du contrat, cette allocation est versée, dans la double limite des frais réels et du contrat, sur présentation des justificatifs pour la naissance d'un enfant du participant, déclaré à l'état civil. L'allocation n'est pas due en cas d'adoption. Elle est doublée en cas de naissance multiple.

(4) Les actes de prévention sont listés dans les Conditions Générales.

(5) A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale / BRR : Base de Remboursement Reconstitué / CAS : Contrat d'Accès aux Soins / FR : Frais Réels / MR : Montant Remboursé par la Sécurité Sociale / MSA : Mutualité Sociale Agricole / OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier de l'année / SS : Sécurité Sociale / TM : Ticket modérateur (TM = BR - MR)

Le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés, sous déduction des remboursements versés par la SS ou la MSA et tout autre organisme complémentaire.

Votre interlocuteur Humanis

Suivre votre contrat

Téléphone : N° CristalAPPEL NON SURTAXE

Adresse :

Site internet :

Humanis Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale - Siège social : 29, boulevard Edgar Quinet, 75014 Paris - Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 4 place Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS cedex 09