

# **NOTICE D'INFORMATION FRAIS DE SANTE**

(NI/ CCN Récupération cadre- socle obligatoire /FS 07.15)

## **CONVENTION COLLECTIVE DES INDUSTRIES ET COMMERCE DE LA RECUPERATION**

### **CONTRAT STANDARD SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE**

#### **Personnel Cadre**

*(personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 Mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe 1 de cette convention)*

# SOMMAIRE

|  |    |
|--|----|
| <b>VOTRE CONTRAT FRAIS DE SANTE</b> .....  | 4  |
| Vos garanties Frais de Santé .....   | 5  |
| <b>PREMIERE PARTIE DISPOSITIONS GENERALES</b> .....  | 8  |
| DEFINITIONS.....   | 8  |
| CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE .....   | 9  |
| AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL ET DE LEURS AYANTS DROIT.....   | 10 |
| <i>Conditions d'affiliation des membres du personnel</i> .....   | 10 |
| <i>Date d'effet de l'affiliation des membres du personnel</i> .....  | 10 |
| <i>Bénéficiaires</i> .....   | 10 |
| <i>Cessation de l'affiliation</i> .....  | 12 |
| <i>Fausse déclaration</i> .....  | 13 |
| <i>Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail</i> .....   | 13 |
| MAINTIEN DES GARANTIES.....  | 14 |
| <i>Maintien des garanties santé au titre de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale</i><br>« <i>Portabilité des droits</i> » ..... | 14 |
| <i>Maintien de garanties Santé au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989</i> .....  | 15 |
| COTISATIONS .....  | 16 |
| EFFET DE LA RESILIATION OU DU NON-RENOUVELLEMENT DU CONTRAT VIS-A-VIS DU PARTICIPANT OU DE SES AYANTS DROIT.....                           | 16 |
| RECOURS - PRESCRIPTION.....  | 16 |
| <i>Recours subrogatoire</i> .....  | 16 |
| <i>Prescription</i> .....  | 16 |
| CONTROLE DE L'INSTITUTION .....  | 17 |
| <b>DEUXIEME PARTIE DEFINITION DES GARANTIES</b> .....  | 18 |
| GARANTIES FRAIS DE SANTE .....   | 18 |
| <i>Objet et conditions des garanties</i> .....   | 18 |
| <i>Soins engagés hors de France</i> .....  | 22 |
| RISQUES EXCLUS.....  | 22 |
| <b>TROISIEME PARTIE VERSEMENT DES PRESTATIONS</b> .....  | 23 |
| MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS.....  | 23 |
| <i>Paiement des cotisations</i> .....  | 23 |
| <i>Services de Tiers Payant généralisé</i> .....   | 23 |
| <i>La prise en charge hospitalière</i> .....   | 23 |
| <i>Demandes de Remboursement</i> .....   | 23 |
| RECLAMATIONS – MEDIATION.....  | 24 |
| PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL .....   | 25 |

|   |    |
|---|----|
| PROSPECTION COMMERCIALE PAR VOIE TELEPHONIQUE ..... | 25 |
| JUSTIFICATIFS ET CONTROLE.....                      | 25 |

## **VOTRE CONTRAT FRAIS DE SANTE**

---

Votre entreprise relevant de la Convention collective nationale des Industries et Commerces de la Récupération a adhéré au contrat standard socle collectif obligatoire afin de permettre à son personnel Cadre \* de bénéficier de garanties Frais de santé.

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

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

*\* On entend par salariés cadres, le personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la Convention Nationale de Retraite et de Prévoyance des cadres du 14 Mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe 1 de cette convention.*

### **VOTRE CENTRE DE GESTION**

***HUMANIS PREVOYANCE***  
*348 rue Puech Villa*  
*B.P. 7209*  
***34183 MONTPELLIER CEDEX 04***

***Tél : 09 69 39 08 33 (appel non surtaxé)***

## VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE

| Descriptif des garanties   | Prestations<br>(les remboursements exprimés en BR s'entendent sous déduction de ceux de la Sécurité sociale) |
|--|--|
| <b>. HOSPITALISATION</b>   |  |
| <b>REGIME DE BASE</b>  |  |
| Hospitalisation médicale et chirurgicale :   |  |
| . Frais de séjour  | 100 % de la BR   |
| Honoraires si adhérent OPTAM(1)  | 150 % de la BR   |
| . Honoraires si non adhérent OPTAM   | 130 % de la BR   |
| . Chambre Particulière (y compris en maternité)  | 50 euros par jour  |
| . Forfait Hospitalier  | 100 % des Frais Réels  |
| . Lit d'Accompagnant   | 50 euros par jour  |
| . Forfait acte lourd   | Pris en charge   |
| <b>. PRATIQUE MEDICALE COURANTE</b>  |  |
| . Consultation, visite d'un généraliste non adhérent OPTAM                             | 100 % de la BR   |
| . Consultation, visite d'un généraliste adhérent OPTAM                                 | 100 % de la BR   |
| . Consultation, visite d'un spécialiste non adhérent OPTAM                             | 130 % de la BR   |
| . Consultation, visite d'un spécialiste adhérent OPTAM                                 | 150 % de la BR   |
| . Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement                                   | 100 % de la BR   |
| . Frais d'analyse et de laboratoire  | 100 % de la BR   |
| . Actes de spécialité, petite chirurgie réalisés par un spécialiste non adhérent OPTAM | 130 % de la BR   |
| . Actes de spécialité, petite chirurgie réalisés par un spécialiste adhérent OPTAM     | 150 % de la BR   |
| . Radiologie et Ostéodensitométrie prise en charge par la SS – Non adhérent OPTAM      | 130 % de la BR   |
| . Radiologie et Ostéodensitométrie prise en charge par la SS – Adhérent OPTAM          | 150 % de la BR   |
| <b>. PHARMACIE</b>   |  |
| . Frais pharmaceutiques remboursés par la SS   | 100 % de la BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité   |
| <b>. TRANSPORT</b>   |  |
| . Frais de Transport pris en charge par la SS  | 100 % de la BR   |
| <b>. DENTAIRE</b>  |  |
| . Soins dentaires pris en charge par la SS   | 120 % de la BR   |
| . Inlay core et inlay à clavette   | 180 % de la BR   |
| . Prothèses dentaires prises en charge par la SS                                       | 360 % de la BR   |
| . Inlay onlay pris en charge par la SS   | 360 % de la BR   |
| . Orthodontie prise en charge par la SS  | 300 % de la BR   |

|                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| . Implant dentaire (2) | 180 euros par implant |
|------------------------|-----------------------|

| Descriptif des garanties   | Prestations<br>(les remboursements exprimés en BR s'entendent sous déduction de ceux de la Sécurité sociale) |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| . OPTIQUE  | REGIME DE BASE   |                                      |
| <b>EQUIPEMENT OPTIQUE (2 verres et une monture)</b><br><br>Le remboursement est limité à un équipement optique par bénéficiaire tous les 2 ans.<br>Le remboursement est limité à un équipement optique par an et par bénéficiaire pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. | <b>Adultes et Enfants de 18 ans et plus</b>  | <b>Enfants de moins de 18 ans</b>    |
| . Monture  | 90 euros   | 80 euros                             |
| Verre simple sphérique avec sphère comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries   | 50 euros   | 40 euros                             |
| Verre simple sphéro cylindrique avec cylindre inférieur ou égal à +4,00 dioptries  | 50 euros   | 40 euros                             |
| Verre simple sphérique avec sphère hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries   | 85 euros   | 90 euros                             |
| Verre simple sphéro cylindrique avec cylindre supérieur à +4,00 dioptries  | 85 euros   | 90 euros                             |
| Verre progressif sphérique avec sphère comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries   | 135 euros  | 110 euros                            |
| Verre progressif sphéro cylindrique avec sphère comprise entre -8,00 et +8,00 dioptries  | 150 euros  | 130 euros                            |
| Verre progressif sphérique avec sphère hors zone de -4,00 et +4,00 dioptries   | 135 euros  | 110 euros                            |
| Verre progressif sphéro cylindrique avec sphère hors zone de -8,00 et +8,00 dioptries  | 150 euros  | 130 euros                            |
| . Lentilles prises en charge ou non par la SS  | 260 euros par an et par bénéficiaire   | 260 euros par an et par bénéficiaire |
| . APPAREILLAGE   |  |                                      |
| . Orthopédie et autres prothèses   | 125 % de la BR   |                                      |
| . Prothèses auditives  | 125 % de la BR   |                                      |
| . ALLOCATIONS FORFAITAIRES   |  |                                      |
| . Maternité  | Allocation forfaitaire égale à 315 euros   |                                      |
| . ACTES HORS NOMENCLATURE *  |  |                                      |
| . MEDECINE ALTERNATIVE :<br>Ostéopathie –Chiropractie – Acupuncture *  | 25 euros par séance dans la limite de 4 séances par an   |                                      |
| . Vaccins non pris en charge par la SS sur prescription médicale *   | 100 % des Frais Réels  |                                      |

**\* Le remboursement de l'Institution du poste « Actes hors nomenclature » est limité à 100 euros par an et par bénéficiaire**

(1) Suite à la nouvelle convention médicale du 25 août 2016, publiée au Journal Officiel du 23 octobre 2016 et afin de maintenir le caractère responsable du contrat, les mentions contractuelles « 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 ».

(2) Le pilier sur implant n'est pas remboursé au titre du contrat.

BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (reconstituée pour les actes non remboursés par la SS)

SS = Sécurité Sociale

# PREMIERE PARTIE

## DISPOSITIONS GENERALES

Pour la présente notice, l'entreprise est dénommé l'« ADHERENT », le salarié le « PARTICIPANT » et HUMANIS PREVOYANCE l'« INSTITUTION ».

---

### DEFINITIONS

---

**Actes Hors Nomenclature** : Actes non reconnus par la Sécurité Sociale et non inscrits aux Nomenclatures.

**ADHERENT** : Personne morale souscriptrice du contrat.

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

**Bénéficiaire** : PARTICIPANT et, le cas échéant, ses ayants droit dans les conditions définies au contrat.

**Catégorie** : Ensemble de personnes physiques travaillant pour le compte de l'ADHERENT et défini par celui-ci, conformément aux articles R. 242-1-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale, au moyen de critères généraux et impersonnels, dans l'acte prévu à l'article L. 911-1 du même Code instituant les garanties collectives.

**Concubin** : Le concubin du PARTICIPANT vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le PARTICIPANT soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

**Conjoint** : Conjoint du PARTICIPANT non divorcé ou non séparé de corps judiciairement.

**Contrat d'accès aux soins (CAS)** : Contrat conclu par le médecin de secteur 2, par le médecin de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement et par le médecin de secteur 1 disposant des titres 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 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.

**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.

**DSN** : La Déclaration Sociale Nominative dite "DSN" vise à remplacer l'ensemble des déclarations périodiques ou événementielles adressées par les employeurs entrant dans son périmètre d'application, à des administrations et des organismes de protection sociale. La DSN repose sur la transmission unique, mensuelle et dématérialisée des données issues de la paie et de signalements d'événements.



**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 :** 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 :** Suite à la nouvelle convention médicale du 25 août 2016, publiée au Journal Officiel du 23 octobre 2016 et afin de maintenir le caractère responsable du contrat, les mentions contractuelles « 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 ».

Le dispositif de Contrat d'Accès aux Soins, pouvant être conclu jusqu'au 31 décembre 2016 pour une durée de trois ans, s'achèvera au plus tard au 31 décembre 2019. Durant cette période, il y aura coexistence des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée CAS – OPTAM/ OPTAM.

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

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

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

**Rémunération brute :** Sommes et avantages perçus par le PARTICIPANT assujettis à charges sociales dans les conditions prévues à l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité Sociale.

**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.

---

## 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 au cahier des charges des « Contrats Responsables » tel que défini aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

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.

- Conformément à l'article L.160-13 III du Code de la Sécurité Sociale, la franchise appliquée à certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L.160-8 du Code de la Sécurité Sociale).
- Conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale, la majoration de la participation supportée par le Bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.

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

---

## AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL ET DE LEURS AYANTS DROIT

---

### Conditions d'affiliation des membres du personnel

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

Lors de l'adhésion de l'entreprise ou de son entrée en fonction, chaque membre du personnel appartenant à la Catégorie assurée renseigne et signe la Déclaration d'Affiliation établie par l'INSTITUTION.

Il y précise notamment son état civil et celui de ses Bénéficiaires.

### Date d'effet de l'affiliation des membres du personnel

L'affiliation prend effet :

- à la date de prise d'effet du contrat lorsque le membre du personnel est inscrit à cette date dans les effectifs de l'ADHERENT,
- à sa date d'embauche ou de mutation dans la catégorie assurée si elle est postérieure à la date d'effet du contrat.

### Bénéficiaires

#### **Choix de Bénéficiaires**

Sont couverts, au choix de l'ADHERENT et sous réserve des dispositions prévues dans l'acte mettant en place les garanties collectives dans l'entreprise les PARTICIPANTS conjointement avec leurs ayants droit.

Les bénéficiaires sont ceux prévus dans le cadre de la structure de cotisations Tarif Isolé / Duo / Famille retenue par l'ADHERENT.

dans le cadre de la Structure « Tarif Isolé / Duo / Famille »:

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le PARTICIPANT et de la communication à l'INSTITUTION des justificatifs visés ci-après. Le montant de la cotisation est prévu pour chaque personne couverte.

### **Définition des Ayants droit**

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

- ✓ le Conjoint,
- ✓ le Partenaire d'un PACS,
- ✓ le Concubin,
- ✓ les personnes à la charge du PARTICIPANT entendues comme :

Sont considérés comme enfants à charge, indépendamment de la position fiscale, les enfants du PARTICIPANT, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou reconnus :

- jusqu'à leur 18<sup>ème</sup> anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26<sup>ème</sup> anniversaire sous condition, soit :
  - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre National d'Enseignement à Distance) ;
  - d'être en apprentissage ;
  - de poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
  - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré :
    - inscrits auprès de Pôle Emploi comme demandeurs d'emploi,
    - ou stagiaires de la formation professionnelle,
  - d'être employé dans un Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés,
- sans limitation d'âge lorsque l'enfant à charge du PARTICIPANT est reconnu avant son 26<sup>ème</sup> anniversaire en invalidité équivalente à l'invalidité de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité Sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé ou tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidité civile.

Par assimilation, sont considérés à charge, s'ils remplissent les conditions exposées ci-dessus, les enfants à naître et nés viables ainsi que les enfants recueillis (c'est-à-dire ceux du conjoint, de l'ex-conjoint éventuel ou du concubin ou partenaire lié par un PACS du PARTICIPANT décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire).

### **Affiliation des Ayants droit**

Sous réserve des dispositions prévues dans l'acte mettant en place les garanties collectives dans l'entreprise, le PARTICIPANT déclare ses ayants droit à l'INSTITUTION. La couverture des ayants droit est facultative.

Le PARTICIPANT déclare à l'ADHERENT et à l'INSTITUTION les ayants droit dont il entend assurer la couverture.

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

Toutefois, postérieurement à celle-ci, le PARTICIPANT peut affilier ou modifier les Bénéficiaires :

- à l'occasion d'une modification de la situation familiale,
- chaque 1er janvier, sous réserve qu'une demande en ce sens soit présentée à l'INSTITUTION au plus tard le 30 novembre de l'année précédente.

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

### ***Justificatifs à fournir***

Le PARTICIPANT doit joindre avec la Déclaration d'Affiliation, selon sa situation :

- la copie du livret de famille,
- la copie du certificat de mariage,
- l'attestation d'engagement dans les liens d'un PACS,
- une attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux Concupins et tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...), la photocopie du dernier avis d'imposition,
- pour les enfants à charge selon leur situation :
  - la copie du dernier avis d'imposition du PARTICIPANT ou de son Conjoint, de son Partenaire lié par un PACS ou de son Concupin,
  - le certificat de scolarité,
  - la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
  - la copie de la carte d'invalidité,
  - l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
  - la copie du dernier bulletin de salaire.

Outre ces justificatifs, la déclaration d'affiliation doit être accompagnée de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale ou de la carte d'assuré au régime de Sécurité Sociale obligatoire en vigueur à la date d'affiliation, pour tous les Bénéficiaires ayant leur propre numéro.

L'INSTITUTION se réserve le droit de demander au PARTICIPANT toutes autres pièces justificatives.

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

### ***Date d'effet de l'affiliation des ayants droit***

La garantie de l'INSTITUTION au titre des ayants droit est due à la date de production de l'ensemble des pièces visées ci-dessus.

## **Cessation de l'affiliation**

### ***Cessation de l'affiliation des PARTICIPANTS***

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

- soit à la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat,
- soit à la date de sortie des effectifs,
- soit à la date de départ à la retraite, à l'exception des PARTICIPANTS reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite » auprès de l'ADHERENT.

- soit à la date d'évolution dans une Catégorie autre que celle figurant dans la notice d'information.

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

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

L'INSTITUTION récupère auprès du PARTICIPANT toutes prestations indûment réglées.

### **Cessation de l'affiliation des ayants droit**

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 à la qualité de bénéficiaire,
- 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'ayant droit. Cette demande doit être adressée à l'INSTITUTION au plus tard le 31 octobre de la même année par lettre recommandée. La demande adressée à l'INSTITUTION après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant, elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année.

### **Fausse déclaration**

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

**Les cotisations demeurent acquises à l'INSTITUTION et les prestations versées feront l'objet d'un remboursement par le PARTICIPANT.**

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

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

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire,
- soit d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, complémentaires financées au moins pour partie par l'ADHERENT, qu'elles soient versées directement par l'ADHERENT ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

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

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

La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré,

sous réserve que l'INSTITUTION en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'INSTITUTION de la déclaration faite par l'ADHERENT.

Toutefois, ces derniers ont la possibilité de demander le maintien des garanties du contrat, pendant la suspension de son contrat de travail dans le cadre d'un contrat collectif facultatif.

Ce maintien donne lieu à paiement à la charge exclusive du PARTICIPANT des cotisations prévues au contrat.

Les cotisations seront recouvrées selon la périodicité indiquée sur le Bulletin Individuel d'Adhésion.

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.

**A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, l'adhésion individuelle du PARTICIPANT pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées. La résiliation de l'adhésion individuelle par l'INSTITUTION ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard.**

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

---

## 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 à ce dispositif, l'affiliation 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'ADHERENT 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.

Il incombe à l'ADHERENT 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 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.**

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.

#### **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 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 ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables au PARTICIPANT.

L'ADHERENT 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. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de maintien de garanties sont couverts **sans paiement de cotisations** après la cessation de leur contrat de travail.

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

La demande de maintien des garanties Santé à titre individuel, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, doit être formulée par les anciens salariés bénéficiaires d'une prestation d'incapacité, d'invalidité ou d'une allocation de chômage, de préretraite ou de retraite dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou **le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties.**

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.

Les personnes garanties du chef du participant décédé peuvent également continuer à bénéficier des garanties Santé à titre individuel, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve de formuler leur demande dans les six mois suivant le décès.

L'INSTITUTION leur adresse la proposition de maintien de la couverture dans le délai de deux mois à compter du décès, l'ADHERENT devant en informer préalablement l'INSTITUTION.

---

## COTISATIONS

---

La répartition du coût des cotisations entre l'ADHERENT et les PARTICIPANTS est fixée par l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise.

Toutefois, l'ADHERENT est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'INSTITUTION. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'INSTITUTION, aux différentes échéances prévues.

---

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

---

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

Les demandes de remboursements de soins adressées à l'INSTITUTION après la fin des garanties seront prises en compte à la condition que la date des soins indiquée sur les décomptes de la Sécurité Sociale soit antérieure à la date de fin de couverture et sous réserve des dispositions de l'article « Demandes de Remboursement » de la présente notice d'information.

---

## RECOURS - PRESCRIPTION

---

### **Recours subrogatoire**

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

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

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

### **Prescription**

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

**Toutefois, ce délai ne court :**

- **en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance,**
- **en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont 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 portée à dix ans pour les prestations Frais d'obsèques dès lors que le Bénéficiaire n'est pas le Participant.**

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

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

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

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

- **en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par l'Institution à l'Adhérent lorsque celui-ci assure le précompte de la cotisation ou au Participant lorsque l'Adhérent n'assure pas ce précompte.**
- **en ce qui concerne le règlement de la prestation, de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par le Participant ou l'ayant droit à l'Institution.**

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

---

## **CONTROLE DE L'INSTITUTION**

---

**L'INSTITUTION est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75009 Paris.**

## DEUXIEME PARTIE

# DEFINITION DES GARANTIES

---

### GARANTIES FRAIS DE SANTE

---

#### **Objet et conditions des garanties**

Les garanties Frais de Santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les Bénéficiaires, en complément des remboursements de la Sécurité Sociale française effectués au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, sous réserve de l'application des risques exclus mentionnés ci-après et des frais non pris en charge dans le cadre du « contrat solidaire et responsable ».

Pour ouvrir droit à prise en charge, les actes ou soins doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'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 de présent régime sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

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

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 au tableau des garanties de la notice d'information.

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

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

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

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

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

**Peuvent donner lieu à remboursement les frais suivants, selon les garanties effectivement souscrites, prévues au tableau de garanties figurant dans la présente Notice :**

**Frais d'hospitalisation en secteurs conventionné et non conventionné (y compris maternité) :**

- **Hospitalisation chirurgicale :**
    - Frais chirurgicaux proprement dits,
  - **Hospitalisation médicale :**
    - Pour tout séjour notamment en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence au 1<sup>er</sup> jour d'hospitalisation,
    - Hospitalisation à domicile (HAD) remboursée par la Sécurité sociale.
  - **Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations chirurgicales ou médicales :**
    - Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques).
    - Honoraires : Honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin ayant signé ou non un Contrat d'Accès aux Soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).
    - Forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale est pris en charge sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).
    - Forfait ambulatoire.
    - Frais 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 12 ans bénéficiaire du contrat (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**). Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».
- A l'expiration de la limite de prise en charge de 365 jours ou 180 jours pour les frais de chambre particulière et les frais d'accompagnement, 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.**
  - **Péridurale.**

### Soins de ville en secteurs conventionné et non conventionné :

- Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste, ayant signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO)
- Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement,
- Petite chirurgie et actes de spécialité réalisés par un médecin spécialiste ayant signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO)
- Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie réalisés par un médecin ayant signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO)
- Biologie médicale,
- Participation forfaitaire pour les actes coûteux
- Ostéodensitométrie,
- Amniocentèse.

### Pharmacie :

- Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale.
- Frais pharmaceutiques prescrits mais non remboursés par la Sécurité sociale.
- Vaccins.
- Pilules contraceptives.
- Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac (médicaments d'aide à l'arrêt du tabac recommandés par la Haute Autorité de Santé, hors cigarettes électroniques).

### Appareillage :

- Orthopédie et prothèses diverses.
- Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse auditive,
- Prothèses capillaires et mammaires remboursées par la Sécurité sociale

### Frais de Transport

### Frais dentaires :

- Soins et actes dentaires (soins, prophylaxie bucco-dentaire, endodontie) remboursée par la Sécurité sociale,
- Parodontologie remboursée ou non par la Sécurité sociale,
- Inlays, Onlays remboursés par la Sécurité sociale,
- Prothèses dentaires remboursées ou non par la Sécurité sociale,
- Orthodontie remboursée ou non par la Sécurité sociale,
- Implants : implant, pilier implantaire,
- Prophylaxie non remboursée par la Sécurité sociale.

Les réparations sur prothèses à caractère esthétique non remboursées par la Sécurité sociale ne font l'objet d'aucun remboursement.

### Frais d'optique :

- Équipement optique remboursé par la Sécurité sociale (deux verres et une monture) : les prestations dépendent du degré de correction (dioptrie),

La prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans. Le renouvellement de l'équipement dans un délai inférieur à 24 mois suivant l'acquisition précédente ne pourra donner lieu à une prise en charge par le présent Contrat. Par dérogation, cette période est réduite à un an pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une 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'acquisition de l'équipement par le Participant. Lorsque le bénéficiaire effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture et d'autre part les verres) celle-ci débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique et s'achève deux ans après.

La prise en charge du ticket modérateur pour l'équipement optique (deux verres et une monture) est limitée à une prise en charge tous les deux ans sauf si la garantie souscrite est limité au remboursement du ticket modérateur.

- **Lentilles cornéennes remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables),**
- **Chirurgie réfractive** (toute chirurgie des yeux).

#### **Maternité et adoption :**

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

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

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

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

#### **Prévention :**

**Les actes de prévention sont pris en charge par l'Institution au titre de chaque poste de garanties concerné par ces actes :**

- le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sur les 1<sup>ères</sup> et 2<sup>ème</sup> molaires permanentes des enfants avant leur 14<sup>ème</sup> 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 1<sup>er</sup> 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 actes 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 non immunisées désirant un enfant ; Haemophilus influenzae B ;

vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

**Médecine alternative** : Par dérogation à l'article 17 « RISQUES EXCLUS », peuvent être pris en charge les actes effectués par les praticiens listés dans le tableau de garanties figurant dans les Conditions Particulières.

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

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

### **Soins engagés hors de France**

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

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

L'INSTITUTION intervient dès lors que les PARTICIPANTS bénéficient d'une prise en charge par la Sécurité Sociale française ou par le régime de Sécurité Sociale du pays d'accueil.

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

**Le contrat ne couvre pas les salariés expatriés.**

#### ***Justificatifs***

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

---

## **RISQUES EXCLUS**

---

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

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

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

# TROISIEME PARTIE

## VERSEMENT DES PRESTATIONS

---

### MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

---

#### **Paiement des cotisations**

Pour que les participants puissent bénéficier des prestations, l'ADHERENT doit avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'il pourrait devoir au titre du contrat.

#### **Services de Tiers Payant généralisé**

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

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

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

#### **La prise en charge hospitalière**

Dès qu'il a connaissance de l'hospitalisation d'un Bénéficiaire en établissement conventionné avec la Sécurité Sociale, le PARTICIPANT en informe l'INSTITUTION qui lui délivrera une attestation de prise en charge.

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

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

#### **Demandes de Remboursement**

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

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

---

## RECLAMATIONS – MEDIATION

---

L'INSTITUTION met à la disposition de ses ADHERENTS et/ou de ses PARTICIPANTS la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du contrat, à l'adresse suivante :

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

Tél. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les correspondances adressées par votre 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'ADHERENT, le PARTICIPANT, les bénéficiaires ou les ayants droit, ou avec l'accord de ceux-ci, l'INSTITUTION, peuvent saisir le Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

Médiateur de la protection sociale du CTIP  
10 rue Cambacérès – 75008 Paris  
<https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

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



---

## PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

---

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

Conformément aux dispositions légales précitées, le PARTICIPANT bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données le concernant à exercer par courriel à contact-cnil@humanis.com ou par lettre à l'adresse suivante : Groupe Humanis – Cellule CNIL – Satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex. Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Il dispose également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de ces données. Le cas échéant, les bénéficiaires du PARTICIPANT disposent des mêmes droits concernant leurs données à caractère personnel qu'ils peuvent exercer dans les conditions précédemment citées.

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

---

## PROSPECTION COMMERCIALE PAR VOIE TELEPHONIQUE

---

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](http://www.bloctel.gouv.fr) ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Société OPPOSETEL, service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret – 10 000 TROYES.

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

---

## JUSTIFICATIFS ET CONTROLE

---

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  |
|---|--|
| <b>Hospitalisation chirurgicale ou médicale</b><br>Etablissement conventionné ou non conventionné       | Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, lit d'accompagnant...)  |
| <b>Hospitalisation à domicile (HAD)</b>   | Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de journée<br>Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD   |
| <b>Soins courants</b> (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante,..) | Aucun document   |
| <b>Médecine alternative</b>   | Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)  |
| <b>Vaccins non pris en charge</b>   | Prescription médicale  |
| <b>Optique</b>  | Facture détaillée et acquittée<br><br>En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue :<br>- Soit nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction,<br>- Soit prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction,<br>- Et prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent. |
| <b>Prothèses dentaires – Orthodontie</b>  | Imprimé type de l'INSTITUTION et/ou facture détaillée et codifiée  |

|   |  |
|---|--|
| <b>- Parodontologie</b><br>- prises en charge ou non prises en charge par la Sécurité Sociale | des actes pratiqués selon la nomenclature de la Sécurité Sociale. *                      |
| <b>Maternité</b>  | Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou acte d'enfant sans vie |
| <b>Adoption</b>   | Photocopie du certificat définitif d'adoption  |

|  |   |
|--|---|
|  | <b>Non Bénéficiaire Noémie</b>                                      |
| <b>Pour les soins pris en charge par la Sécurité Sociale</b> | Décompte original de la Sécurité Sociale<br>Justificatifs ci-dessus |

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

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

En cas de tiers payant avec la Sécurité Sociale mais sans tiers payant avec l'INSTITUTION : Facture acquittée du Ticket Modérateur.