

NOTICE D'INFORMATION FRAIS DE SANTE

CONVENTION COLLECTIVE DES INDUSTRIES ET COMMERCE DE LA RECUPERATION

VOTRE RÉGIME DE FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE

« NI-CCN Récupération -santé- complémentaire obligatoire»

Personnel Non Cadre

(personnel ne relevant pas 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

VOTRE CONTRAT DE PREVOYANCE	3
Vos garanties Frais de Santé	4
PREMIERE PARTIE DISPOSITIONS GENERALES	6
DEFINITIONS	6
CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE	7
AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL ET DE LEURS AYANTS DROIT	8
<i>Conditions d'affiliation des membres du personnel</i>	8
<i>Date d'effet de l'affiliation des membres du personnel</i>	8
<i>Bénéficiaires</i>	8
<i>Cessation de l'affiliation</i>	10
<i>Fausse déclaration</i>	11
<i>Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail</i>	11
MAINTIEN DES GARANTIES	12
<i>Maintien des garanties santé au titre de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale</i> <i>« Portabilité des droits »</i>	12
<i>Maintien de garanties Santé au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989</i>	13
COTISATIONS.....	13
EFFET DE LA RESILIATION OU DU NON-RENOUVELLEMENT DU CONTRAT VIS-A-VIS DU PARTICIPANT OU DE SES AYANTS DROIT	13
RECOURS - PRESCRIPTION.....	14
<i>Recours subrogatoire</i>	14
<i>Prescription</i>	14
CONTROLE DE L'INSTITUTION	14
DISPOSITIONS DIVERSES	15
<i>Confidentialité</i>	15
<i>Protection des données à caractère personnel</i>	15
<i>Prospection par voie téléphonique</i>	15
DEUXIEME PARTIE DEFINITION DES GARANTIES	16
GARANTIES FRAIS DE SANTE	16
<i>Objet et conditions des garanties</i>	16
<i>Soins engagés hors de France</i>	18
RISQUES EXCLUS.....	19
TROISIEME PARTIE VERSEMENT DES PRESTATIONS	20
MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	20
<i>Paiement des cotisations</i>	20
<i>Services de Tiers Payant</i>	20
<i>La prise en charge hospitalière</i>	20
<i>Demandes de Remboursement</i>	20
<i>Justificatifs et Contrôle</i>	21
RECLAMATIONS – MEDIATION	22

VOTRE CONTRAT DE PREVOYANCE

Votre entreprise relevant de la Convention collective nationale des Industries et Commerces de la Récupération a adhéré au contrat collectif prévoyance à adhésion obligatoire afin de permettre à son personnel Non Cadre * de bénéficier de garanties Frais de santé complémentaires à celles versées par le contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel référencé sous le n°CCN012100, assurés par HUMANIS PREVOYANCE.

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 non cadres, le personnel ne relevant pas 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)
Fax : 09 69 39 08 34

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE

Descriptif des garanties	Prestations (y compris les garanties du contrat socle obligatoire) les remboursements exprimés en BR s'entendent sous déduction de ceux de la Sécurité sociale
. HOSPITALISATION	
Hospitalisation médicale et chirurgicale :	
. Frais de séjour (frais de structure et de soins) et Fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques)	100% de la BR
. Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire signataire OPTAM/OPTAM CO	150% de la BR
Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire non signataire OPTAM/OPTAM CO	130% de la BR
. Chambre Particulière (y compris en maternité)	60 euros par jour
. Forfait Hospitalier	100 % des Frais Réels
. Lit d'Accompagnant	60 euros par jour
. Forfait acte lourd	Pris en charge
. PRATIQUE MEDICALE COURANTE	
. Consultation, visite d'un généraliste	100 % de la BR
. Consultation, visite d'un spécialiste non signataire OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	130 % de la BR
. Consultation, visite d'un spécialiste adhérent signataire OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	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 signataire OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	130 % de la BR
. Actes de spécialité, petite chirurgie réalisés par un spécialiste signataire OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	150 % de la BR
. Radiologie et Ostéodensitométrie prise en charge par la SS non signataire OPTAM/OPTAM CO	130 % de la BR
. Radiologie et Ostéodensitométrie prise en charge par la SS signataire OPTAM/OPTAM CO	150% de la BR
. PHARMACIE	
. Frais pharmaceutiques remboursés par la SS	100 % de la BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité
. TRANSPORT	
. Frais de Transport pris en charge par la SS	100 % de la BR

. DENTAIRE		
. Soins dentaires pris en charge par la SS	220 % de la BR	
. Inlay core et inlay à clavette	230 % de la BR	
. Prothèses dentaires prises en charge par la SS	410 % de la BR	
. Inlay onlay pris en charge par la SS	410 % de la BR	
. Orthodontie prise en charge par la SS	350 % de la BR	
. Implant dentaire ⁽²⁾	330 euros par implant	
. OPTIQUE		
EQUIPEMENT OPTIQUE (2 verres et une monture) Le remboursement est limité à un équipement optique par bénéficiaire tous les 2 ans. 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.	Adultes et Enfants de 18 ans et plus	Enfants de moins de 18 ans
. Monture	110 euros	100 euros
. Verre		
Verre simple sphérique avec sphère comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries	55 euros	45 euros
Verre simple sphéro cylindrique avec cylindre inférieur ou égal à +4,00 dioptries	55 euros	45 euros
Verre simple sphérique avec sphère hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries	125 euros	95 euros
Verre simple sphéro cylindrique avec cylindre supérieur à +4,00 dioptries	125 euros	95 euros
Verre progressif sphérique avec sphère comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries	162.50 euros	115 euros
Verre progressif sphéro cylindrique avec sphère comprise entre -8,00 et +8,00 dioptries	190 euros	140 euros
Verre progressif sphérique avec sphère hors zone de -4,00 et +4,00 dioptries	162.50 euros	115 euros
Verre progressif sphéro cylindrique avec sphère hors zone de -8,00 et +8,00 dioptries	190 euros	140 euros
. Lentilles prises en charge ou non par la SS	280 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 : 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)OPTAM / OPTAM CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1^{er} janvier 2017, le Contrat d'accès aux soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnés à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM/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.

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.

Délai d'attente : Période suivant la date d'effet de l'adhésion individuelle pendant laquelle le PARTICIPANT cotise sans pouvoir bénéficier des prestations.

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-CO, sans autre impact sur les garanties et cotisations.

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 notice d'information qui adhère 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 principe 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 à l'article L. 871-1 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. 322-2 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. 322-2 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. 321-1 du Code de la Sécurité Sociale).

- **Conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale, la majoration de la participation supportée par le Bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.**

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

Les ayants droits du PARTICIPANT tels que définis ci-dessous, peuvent être couverts par une extension facultative souscrite individuellement par chaque PARTICIPANT, sous réserve qu'ils soient bénéficiaires du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel référencé sous le n CCN012100.

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

Le taux de cotisation est différent selon que le PARTICIPANT est la seule personne couverte ou qu'il affine un ou tous ses ayants droit.

Définition des Ayants droit

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

- ✓ le Conjoint,
- ✓ le Partenaire d'un PACS,
- ✓ le Concubin,

✓ les Enfants à la charge du PARTICIPANT :

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^{ème} anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire sous condition, soit :
 - o 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) ;
 - o d'être en apprentissage ;
 - o 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 ;
 - o 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,
 - o 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^{ème} anniversaire en invalidité équivalente à l'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} 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 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 au premier jour du mois suivant la date de réception par l'INSTITUTION de la demande.

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 Concubins et la photocopie du dernier avis d'imposition,

- pour les enfants à charge selon leur situation :
 - 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,
- et, en tout état de cause, à la date d'effet de la résiliation ou de la suspension de l'adhésion de l'entreprise au contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel des industries et commerces de la Récupération assuré par Humanis Prévoyance.

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 règlementaires 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.

Les membres de la famille, une fois radiés, ne pourront plus bénéficier de la garantie au titre du contrat. Cette radiation est définitive.

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 rémunéré 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 »

La loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi est venue étendre à l'ensemble des entreprises et modifier le dispositif de maintien de couverture dit de portabilité au profit des anciens salariés.

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 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**.

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, quelle qu'en soit la cause.

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'ADHERENT 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'ADHERENT ou les Bénéficiaires concernés ou a été indemnisé par celui-ci.

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

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

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

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

- **en vue d'obtenir le paiement de cotisations, de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par l'Institution à l'Adhérent, lorsque celui-ci assure le précompte de la cotisation au titre du contrat collectif ou au Participant, lorsque l'Adhérent n'assure pas ce précompte.**
- **de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par le Participant ou ses ayants droit à l'Institution en vue d'obtenir le règlement d'une prestation.**

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

CONTROLE DE L'INSTITUTION

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

DISPOSITIONS DIVERSES

Confidentialité

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée du contrat d'adhésion 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.

Protection des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel concernant le Participant sont collectées et traitées pour les besoins de la gestion du présent 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.

Ces données sont conservées pour une durée n'excédant pas deux années après la fin de la relation contractuelle liant le Participant et le Groupe Humanis.

Conformément aux dispositions légales précitées, le Participant dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ses données à caractère personnel à exercer par courriel à contact-cnild@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 des données le concernant.

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.

Le groupe Humanis prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer l'intégrité, la sécurité et la confidentialité des données à caractère personnel, conformément aux dispositions légales susvisées.

Prospection par voie téléphonique

Le Participant qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL », par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Société OPPOSETEL, service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret – 10 000 TROYES.

Toutefois, tant que le présent contrat est en cours 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 30, à l'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de prospection notamment commerciale, en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

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 ».

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.

Donne lieu à remboursement les frais suivants prévus au tableau des garanties de la présente notice d'information.

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 :

- **Hospitalisation chirurgicale :**
 - frais chirurgicaux proprement dits,
- **Hospitalisation médicale :**
 - pour tout séjour en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence **au 1er jour d'hospitalisation.**
 - Pour les frais de chambre particulière et de lit d'accompagnant, 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 2 séjours supérieure à 90 jours continus** et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.

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 Liste des Produits et des Prestations (LPP) facturables et spécialités pharmaceutiques).
- Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire
- Frais de chambre particulière (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**)
- Forfait hospitalier.
- Lit d'accompagnant 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 d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».
- Forfait pour acte lourd.

PRATIQUE MEDICALE COURANTE :

- Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste 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),
- Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement,
- Frais d'analyse et de laboratoire,
- Actes de spécialité et petite chirurgie réalisés par un spécialiste 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).
- Radiologie et Ostéodensitométrie 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).

PHARMACIE :

- Frais pharmaceutiques remboursés en tout ou partie par la Sécurité sociale.

TRANSPORT :

- Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale.

DENTAIRE :

- Soins dentaires pris en charge par la Sécurité Sociale,
- Inlay core et Inlay à clavette,
- Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité Sociale
- inlay onlay pris en charge par la Sécurité Sociale,
- Implant dentaire,
- Orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale.

OPTIQUE :

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

La prise en charge 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 (ou du premier élément de l'équipement, verres ou monture) par le PARTICIPANT.

- **Lentilles cornéennes prises en charge ou non par la Sécurité sociale** (y compris lentilles jetables).
- **Traitements chirurgicaux des troubles visuels** (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie).

APPAREILLAGES:

- **Orthopédie et autres prothèses,**
- **Prothèse auditive.**

ALLOCATIONS FORFAITAIRES :

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

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

Elle est doublée en cas de naissance 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.

ACTES HORS NOMENCLATURE :

- **Médecine Alternative** : par dérogation à l'article 8 - RISQUES EXCLUS, 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.

- **Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale sur prescription médicale.**

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

Païement 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

L'INSTITUTION met à la disposition des Bénéficiaires un service de dispense d'avance de frais dans la limite des remboursements prévus au contrat.

Une carte nominative comportant les garanties concernées sera remise à chaque Bénéficiaire, assuré social à titre personnel. Elle permettra l'obtention du tiers payant auprès des professionnels de santé ayant passé une convention avec un prestataire de services choisi par l'INSTITUTION.

Le Bénéficiaire qui n'utilise pas sa carte de tiers payant doit demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursé par l'INSTITUTION.

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 au tableau des garanties.

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.

Justificatifs et Contrôle

Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, l'Assuré 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'organisme assureur peut faire procéder par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé désigné par lui, au contrôle médical de l'Assuré ou de son ayant droit affilié qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre du contrat.

La charge des honoraires des professionnels de santé missionnés par le service médical est supportée par l'organisme assureur 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'organisme assureur se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation de l'Assuré ou de son ayant droit affilié. L'organisme assureur 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.

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.

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.

RECLAMATIONS – MEDIATION

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 du présent régime, à l'adresse suivante :

HUMANIS Prévoyance
Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45 777 SARAN Cedex
Tél : 0 969 39 08 33 (appel non surtaxé).

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 de la protection sociale (du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP)), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

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

L'avis du médiateur de la protection sociale 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.

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 (chambre particulière, lit d'accompagnant)
Optique - Traitements chirurgicaux des troubles visuels	Facture détaillée et acquittée Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité Sociale Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré
Prothèses dentaires – Orthodontie - prises en charge en charge par la Sécurité Sociale	Imprimé type de l'INSTITUTION et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la nomenclature de la Sécurité Sociale. *

	Non Bénéficiaire Noémie
Pour les soins pris en charge par la Sécurité Sociale	Décompte original de la Sécurité Sociale Justificatifs ci-dessus

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

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

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