

NOTICE D'INFORMATION FRAIS DE SANTE

(Ref : NI/HP/ Humanis Santé Sport surcomplémentaire/ FS 12.15)

<h1 style="margin: 0;">Humanis Santé Sport</h1> <h2 style="margin: 10px 0 0 0;">CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF</h2>	
(CASES A COCHER PAR L'ENTREPRISE SELON LE CONTRAT SOUSCRIT)	
CATEGORIE ASSUREE	<input type="checkbox"/> Ensemble du personnel <input type="checkbox"/> Personnel Cadre (salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947) <input type="checkbox"/> Personnel Cadre et article 36 (salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947) <input type="checkbox"/> Personnel Non Cadre y compris article 36 (salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947) <input type="checkbox"/> Personnel Non Cadre (salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)
GARANTIES	<input type="checkbox"/> contrat socle obligatoire SPORT 1 et niveaux de garanties proposées au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif : SPORT 2, SPORT 3 et SPORT 4 <div style="text-align: center; font-weight: bold; margin: 5px 0;">ou</div> <input type="checkbox"/> contrat socle obligatoire SPORT 2 et niveaux de garanties proposées au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif : SPORT 3 et SPORT 4 <div style="text-align: center; font-weight: bold; margin: 5px 0;">ou</div> <input type="checkbox"/> contrat socle obligatoire SPORT 3 et niveaux de garanties proposées au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif : SPORT 4

SOMMAIRE

VOTRE CONTRAT DE PREVOYANCE	3
Vos garanties Frais de Santé	4
PREMIERE PARTIE DISPOSITIONS GENERALES	8
DEFINITIONS	8
CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE	9
AFFILIATION FACULTATIVE DES PARTICIPANTS ET DE LEURS AYANTS DROIT	10
MAINTIEN DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF	15
COTISATIONS	16
EFFET DE LA RESILIATION OU DU NON-RENOUVELLEMENT DU CONTRAT VIS-A-VIS DU PARTICIPANT OU DE SES AYANTS DROIT	17
RECOURS - PRESCRIPTION	18
CONTROLE DE L'INSTITUTION	19
RECLAMATIONS – MEDIATION	19
DISPOSITIONS DIVERSES	19
DEUXIEME PARTIE DEFINITION DES GARANTIES	21
GARANTIES FRAIS DE SANTE	21
RISQUES EXCLUS	25
TROISIEME PARTIE VERSEMENT DES PRESTATIONS	26
MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	26

VOTRE CONTRAT DE PREVOYANCE

Votre entreprise relevant de la Convention Collective du SPORT a adhéré au contrat surcomplémentaire collectif facultatif frais de santé assuré par HUMANIS PREVOYANCE, afin de permettre à son personnel assuré de bénéficier de garanties Frais de santé complémentaires aux garanties du contrat socle collectif obligatoire « Humanis Santé Sport » souscrit auprès de l'INSTITUTION.

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

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

VOTRE INTERLOCUTEUR

HUMANIS PREVOYANCE

*TSA 77374
34186 MONTPELLIER CEDEX 4*

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

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE

Seule la formule que vous avez effectivement vous est applicable

Le total des remboursements de la Sécurité Sociale réels ou reconstitués, d'HUMANIS PREVOYANCE, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses engagées.

L'Institution verse les prestations au titre du contrat déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. Les garanties exprimées en forfait en euros sont complémentaires aux éventuelles prestations versées au titre du régime de base de la Sécurité sociale

	SPORT 2	SPORT 3	SPORT 4
HOSPITALISATION (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)			
Frais de séjour	150% BR	180% BR	180% BR
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie (OPTAM/OPTAM CO)	190% BR	200% BR	230% BR
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie - (hors OPTAM/OPTAM CO)	150% BR	180% BR	180% BR
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique	100% FR sans limitation de durée	100% FR sans limitation de durée	100% FR sans limitation de durée
Participation forfaitaire actes lourds	Prise en charge intégrale du forfait	Prise en charge intégrale du forfait	Prise en charge intégrale du forfait
Chambre particulière (limité à 30 jours)	30€/jour	40€/jour	60€/jour
Forfait ambulatoire (1) (par jour par personne protégée)	Non couvert	Non couvert	35€/jour
Lit d'accompagnement	30€/jour	40€/jour	40€/jour
PRATIQUE MEDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné (1))			
Visites, consultations de généralistes (OPTAM/OPTAM CO)	130% BR	130% BR	200% BR
Visites, consultations de généralistes (hors OPTAM/OPTAM CO)	100% BR	100% BR	100% BR
Visites, consultations de spécialistes (OPTAM/OPTAM CO)	175% BR	200% BR	250% BR
Visites, consultations de spécialistes (hors OPTAM/OPTAM CO)	130% BR	180% BR	180% BR
Analyses	100% BR	100% BR	100% BR

Actes d'imagerie, actes d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie (OPTAM/OPTAM CO)	175% BR	200% BR	200% BR
Actes d'imagerie, actes d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie (hors OPTAM/OPTAM CO)	130% BR	180% BR	180% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux (OPTAM/OPTAM CO)	175% BR	200% BR	200% BR
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux (hors OPTAM/OPTAM CO)	130% BR	180% BR	180% BR
MEDECINE ALTERNATIVE			
Prévention-Médecine douce: Homéopathe, Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Psychologue, Podologue, Diététicien (actes non remboursés par la SS), Ostéodensitométrie non remboursée par la SS (forfait par an par personne protégée)	25€/acte limité à 2 par an et par bénéficiaire	25€/acte limité à 3 par an et par bénéficiaire	25€/acte limité à 4 par an et par bénéficiaire
TRANSPORT			
Transport pris en charge par la SS	100% BR	100% BR	100% BR
PHARMACIE			
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) "majeur ou important"	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) "modéré"			
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) "faible"			
Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac	Non couvert	Non couvert	40€/an/bénéficiaire
Pharmacie prescrite non remboursée	Non couvert	Non couvert	35€/an/bénéficiaire

OPTIQUE			
1 équipement (verres + monture) tous les 2 ans sauf mineurs et/ou en cas de l'évolution de la vue dans la limite d'un équipement par an Prise en charge limitée à 150€ pour la monture le cas échéant			
Réseau partenaire :			
- Equipement avec 2 verres simples ¹	160 €	210 €	250 €
- Equipement avec 2 verres complexes ²	330 €	420 €	420 €
- Equipement avec 1 verre simple ¹ et 1 verre complexe ²	240 €	320 €	320 €
Hors Réseau :			
- Equipement avec 2 verres simples ¹	120 €	140 €	140 €
- Equipement avec 2 verres complexes ²	220 €	250 €	250 €
- Equipement avec 1 verre simple ¹ et 1 verre complexe ²	170 €	180 €	180 €
Lentilles prises en charge par la SS	Ticket modérateur +150€/an	Ticket modérateur +200€/an	Ticket modérateur +200€/an
Lentilles non prises en charge par la SS			
Lentilles jetables			
DENTAIRE			
Soins dentaires	100% BR	100% BR	150% BR
Inlays/Onlays	200% BR	200% BR	250% BR
Parodontologie remboursée par la SS	100% BR	100% BR	200% BR
Prothèses dentaires prises en charge par la SS - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Réparations sur prothèses - Inlays-cores	200% BR	270% BR	270% BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la SS: - Couronnes et bridges (2) - Prothèses dentaires provisoires - Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)	Non couvert	Non couvert	250€ maximum 3/an/bénéficiaire

Implants non remboursés par la SS (hors pilier sur implant)	Non couvert	Non couvert	600€ par implant dans la limite de 1 200€/an/bénéficiaire
Orthodontie prise en charge par la SS	200% BR	270% BR	270% BR
Orthodontie non prise en charge par la SS	Non couvert	Non couvert	250€ par an
APPAREILLAGE			
- Prothèses auditives (Prise en charge par la SS) - Orthopédie et autres prothèses (Prise en charge par la SS)	160% BR	220% BR	220% BR
ALLOCATIONS FORFAITAIRES			
Cures thermales: honoraires et soins	Non couvert	Non couvert	100% BR
Forfait pour cure thermale remboursée par la SS	Non couvert	Non couvert	200 €
Allocation naissance ou adoption (doublée en cas de naissance ou adoption multiple)	Non couvert	Non couvert	350 €

¹ "Verre simple" : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries

² "Verre complexe" : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif ou verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries

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

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

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale / CAS : Contrat d'Accès aux Soins / FR : Frais Réels / MR : Montant remboursé par la Sécurité Sociale / TM : Ticket Modérateur / RSS : Remboursement de la Sécurité sociale / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier de l'année / SS : Sécurité Sociale.

OPTAM/OPTAM CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1er janvier 2017, le Contrat d'accès aux soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée 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

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 présent 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 présent contrat.

Contrat d'adhésion : Acte rempli et signé par l'ADHERENT par lequel il adhère 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 : Personne vivant en concubinage avec le PARTICIPANT, à charge au sens de la Sécurité sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale.

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 II, par le médecin de Secteur I titulaire du droit permanent à dépassement et par le médecin de Secteur I disposant des titres lui permettant d'accéder au Secteur II, en application des dispositions de l'avenant n° 8 à convention médicale publié au Journal officiel du 6 décembre 2012.

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

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

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

Entreprise Filiale Adhérente : Personne morale entretenant des liens capitalistiques avec l'ADHERENT et qui adhère au contrat souscrit par ce dernier.

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 aux Contrats d'adhésion et affiliée au contrat.

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

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

Tarif forfaitaire de responsabilité : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale pour le princeps d'un médicament (original d'un médicament) ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

Ticket Modérateur : Part des frais de santé non remboursée par le régime d'assurance maladie obligatoire en application de l'article L. 322-2 I du Code de la Sécurité Sociale.

CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

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

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

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

- **Conformément à l'article L. 160-13 II du Code de la Sécurité Sociale, la participation**

forfaitaire due par le Bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale. Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile

- Conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité Sociale, la franchise applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D.160-9 du Code de la Sécurité sociale pour certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 160.8 du Code de la Sécurité Sociale).
- Conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale, la majoration de la participation supportée par le Bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.

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

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

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

AFFILIATION FACULTATIVE DES PARTICIPANTS ET DE LEURS AYANTS DROIT

Conditions de l'affiliation facultative des PARTICIPANTS

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

Date d'effet de l'affiliation facultative des PARTICIPANTS

L'affiliation du PARTICIPANT ne peut produire ses effets que dans la mesure où chaque PARTICIPANT, renseigne intégralement et signe le Bulletin d'Affiliation et d'Adhésion Individuelle établi par l'INSTITUTION, dans lequel il précise notamment son état civil et, le cas échéant, ses ayants droit.

L'INSTITUTION émet un document de confirmation d'affiliation mentionnant la date de prise d'effet des garanties et les caractéristiques de cette affiliation. En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur ce document fait foi entre les parties.

Sous réserve du respect des dispositions ci-avant, l'affiliation facultative prend effet :

- à la date à laquelle le PARTICIPANT bénéficie du contrat socle collectif obligatoire souscrit par l'Adhérent, s'il choisit d'adhérer à cette date,

- à défaut, si le PARTICIPANT choisit d'adhérer à une date postérieure, au 1^{er} jour du mois suivant la réception par l'Institution de la demande du PARTICIPANT.

Bénéficiaires et Ayants droit

Couverture des ayants droit

Si le PARTICIPANT s'affilie au contrat surcomplémentaire collectif facultatif, il doit, en tout état de cause couvrir ses ayants droit affiliés au contrat socle collectif obligatoire. Les bénéficiaires au titre de ce contrat sont strictement identiques à ceux affiliés au contrat socle collectif obligatoire.

Définition des Ayants droit

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

- ✓ Le Conjoint,
- ✓ Le Partenaire d'un PACS,
- ✓ Le Concubin,
- ✓ Les enfants à la charge du PARTICIPANT entendues comme les enfants du PARTICIPANT, de son Conjoint, de son Partenaire lié par un PACS ou de son Concubin, à charge fiscale et/ou sociale :
 - Jusqu'à 18 ans sans condition,
 - Jusqu'à 27 ans sous réserve de poursuivre des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance (notamment contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation) ou d'être inscrits à l'Assurance chômage et être non indemnisés,
 - Les enfants quel que soit leur âge, qui sont infirmes ou atteints d'une maladie chronique et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles, ou tant qu'ils ne bénéficient de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (Allocation d'Education Enfant Handicapé ou Allocation d'Adulte Handicapé).

Affiliation des Ayants droit

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 ses ayants droit ;

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

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

Justificatifs à fournir

Le PARTICIPANT doit joindre avec le Bulletin d'Affiliation et d'Adhésion Individuelle, selon sa situation :

- la copie du livret de famille,
- la copie du certificat de mariage,

- l'attestation d'engagement dans les liens d'un PACS,
- un certificat de concubinage délivré par la mairie, à défaut un justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...),
- pour les enfants à charge selon leur situation :
 - la copie du dernier avis d'imposition du PARTICIPANT ou de son Conjoint, de son Partenaire lié par un PACS ou de son Concubin,
 - 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 de la notification de l' Allocation d'Education Enfant Handicapé ou de l'Allocation d'Adulte Handicapé.

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

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

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

Date d'effet de l'affiliation des ayants droit

La garantie de l'INSTITUTION au titre des ayants droit est due à la date de réception par l'INSTITUTION du Bulletin d'Affiliation et d'Adhésion Individuelle ou en cas d'évolution de la situation de famille, à la date de l'évènement dans le respect des conditions prévues pour l'affiliation des ayants droit, sous réserve de la production l'ensemble des pièces visées ci-dessus.

Choix des GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRES FACULTATIVES

Le régime de garanties du contrat surcomplémentaire collectif facultatif souscrit par l'Adhérent peut prévoir plusieurs options qui offrent des niveaux de prestations différents en contrepartie de cotisations différentes. Dans ce cas le PARTICIPANT effectue son choix, identique pour lui et ses éventuels ayants-droit, au moment de son adhésion sur le Bulletin d'Affiliation et d'Adhésion Individuelle.

Changement d'Option

Le PARTICIPANT peut changer d'option pour lui et ses ayants droit :

- Après un délai de deux ans, chaque 1^{er} janvier, sous réserve que le PARTICIPANT en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 31 octobre de l'année précédente, **le PARTICIPANT ne peut demander à changer à nouveau d'option pendant un délai de 2 ans,**
- A l'occasion d'une modification de la situation familiale, sous réserve que le PARTICIPANT en fasse la demande auprès de l'Institution dans le mois qui suit l'évènement. Le changement d'option prend effet à la date de l'évènement.

Durée, renouvellement et cessation de l'adhésion individuelle

Durée et renouvellement de l'affiliation du PARTICIPANT

L'affiliation du PARTICIPANT au contrat surcomplémentaire collectif facultatif se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction d'année en année, sauf dans les cas de cessation visés ci-dessous.

Cessation de l'affiliation du PARTICIPANT

Sous réserve de l'application de l'article 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 socle collectif obligatoire
- soit à la date de résiliation ou de non-renouvellement du contrat surcomplémentaire collectif facultatif,
- soit à la date à laquelle le PARTICIPANT ne fait plus partie de la catégorie assurée.

L'affiliation du PARTICIPANT peut également cesser :

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

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

- **à la demande de l'INSTITUTION :**
 - en cas de non-paiement des cotisations,
 - en cas de non-acceptation par le PARTICIPANT des propositions de révisions de cotisations formulées par l'Institution, cette dernière valant dénonciation de son affiliation.

La cessation de l'adhésion individuelle entraîne la fin des garanties.

Le PARTICIPANT qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de la cessation de son affiliation individuelle 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'adhésion des ayants droit

L'adhésion des ayants droit au contrat surcomplémentaire collectif facultatif prend fin

- en cas de cessation de l'affiliation du PARTICIPANT au contrat socle collectif obligatoire
- en cas de cessation de l'adhésion individuelle du PARTICIPANT au contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

Elle cesse également :

- à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions posées à la qualité de bénéficiaire,

- pour le bénéficiaire justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur,
- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le PARTICIPANT demande la résiliation de l'affiliation de l'ayant droit. Cette demande de résiliation est adressée 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 intentionnelle

Conformément à l'article L. 932-16 du Code de la Sécurité Sociale, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle 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 le 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 indûment versées feront l'objet d'un remboursement par le PARTICIPANT.

Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

Dispositions spécifiques applicables en cas de suspension du contrat de travail avec maintien de rémunération :

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 rémunération,
- 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.

Dispositions spécifiques applicables en cas de suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération :

- En cas de suspension du contrat de travail non visée ci-dessus d'une durée inférieure à un mois, l'adhésion au contrat et par conséquent les garanties sont maintenues au PARTICIPANT. L'ADHERENT et /ou le PARTICIPANT sont tenus au paiement des cotisations correspondantes.
- En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée supérieure ou égale à un mois, les garanties sont suspendues. Toutefois l'ADHERENT peut demander à l'INSTITUTION le maintien des garanties au profit des PARTICIPANTS, moyennant le payement des cotisations.

Lorsque les garanties sont maintenues :

1) L'ADHERENT est tenu :

- d'informer l'INSTITUTION de la suspension du contrat ;
- d'informer l'INSTITUTION du choix du PARTICIPANT de bénéficier du maintien des garanties pour lui et ses éventuels ayants droit, ainsi que de communiquer à l'INSTITUTION tout document émanant du PARTICIPANT et constatant le choix de celui-ci

2) Si les cotisations sont à la charge du PARTICIPANT, il est tenu :

- de remplir et d'envoyer à l'INSTITUTION un bulletin individuel d'affiliation ;
- de fournir à l'INSTITUTION les informations nécessaires au paiement des cotisations permettant le maintien des garanties (coordonnées bancaires, autorisation de prélèvement...) ;
- de payer les cotisations afférentes au maintien des garanties.

A défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par l'INSTITUTION, par lettre recommandée avec avis de réception, au PARTICIPANT, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner son exclusion du groupe. A défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, l'INSTITUTION peut exclure le PARTICIPANT du groupe sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard mentionnées.

MAINTIEN DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF

Maintien de garanties Santé au titre de la « portabilité des droits »

Sous réserve pour l'ADHERENT d'être soumis aux dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité Sociale, les garanties prévues au contrat surcomplémentaire collectif facultatif sont maintenues au profit du PARTICIPANT dont le contrat de travail est rompu et, le cas échéant, de ses ayants-droits, dans les conditions suivantes.

Conditions du maintien des garanties

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

L'INSTITUTION tient à la disposition de l'ADHERENT un formulaire type « Déclaration de portabilité » qu'il devra lui retourner dûment complété et signé pour permettre le maintien de la couverture, à moins que cette obligation ne soit remplie par le biais de la DSN. Il incombe à l'ADHERENT d'informer le PARTICIPANT du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

L'INSTITUTION n'est tenue du maintien des garanties qu'autant que :

- conformément au 5° de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, le PARTICIPANT satisfait aux obligations déclaratives rappelées ci-après
- conformément au 6° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'ADHERENT a informé l'INSTITUTION de la rupture du contrat de travail du PARTICIPANT,

Effet et durée du maintien des garanties

L'affiliation du PARTICIPANT est maintenue à compter de la date de 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 :

- A 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 ou de décès) ;
- En cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après ;
- **En cas de résiliation du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.**

Obligations déclaratives

Conformément aux dispositions du 5° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, le PARTICIPANT souhaitant bénéficier du maintien des garanties doit fournir à l'INSTITUTION :

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

Garanties

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

Le maintien des garanties est accordé aux ayant-droits tels que définis au présent contrat lorsqu'ils en bénéficiaient au jour de la cessation du contrat de travail du PARTICIPANT.

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

L'ADHERENT s'engage à informer le PARTICIPANT de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat socle collectif obligatoire, notamment en lui remettant l'*addendum* modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information remise par l'INSTITUTION.

Financement

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

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

Sous réserve d'en faire la demande à l'INSTITUTION, les PARTICIPANTS peuvent continuer à bénéficier de garanties Frais de Santé à titre individuel, y compris au terme du maintien prévu ci-dessus, moyennant le paiement de cotisations appliquées au règlement concerné à la date d'effet de la résiliation du Contrat., dans les cas suivants :

- cessation de l'adhésion individuelle,
- résiliation ou non-renouvellement du présent contrat.

Il appartient à l'ADHERENT d'informer les PARTICIPANTS du droit établi à leur profit par l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

L'INSTITUTION ne saurait en aucun cas être responsable d'un défaut d'information des PARTICIPANTS quant au maintien de garanties.

COTISATIONS

Paiement des cotisations

Les cotisations sont recouvrées selon la périodicité indiquée au contrat souscrit par l'ADHERENT. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

L'appel des cotisations est effectué selon les dispositions mentionnées au contrat. Il peut être effectué :

- **soit auprès de l'ADHERENT :**

La répartition 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.

- **soit auprès du PARTICIPANT :**

Dans ce cas les cotisations seront recouvrées dans les conditions définies sur le Bulletin d'Affiliation et d'Adhésion Individuelle.

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

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

Défaut de paiement des cotisations

- Lorsque l'appel des cotisations est effectué auprès de l'ADHERENT (assurant le précompte de la cotisation sur le salaire du PARTICIPANT), il est fait application des dispositions suivantes :

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dues dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par l'INSTITUTION, par lettre recommandée avec avis de réception, à l'ADHERENT. A défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, l'INSTITUTION pourra résilier le contrat sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard mentionnées ci-avant.

L'INSTITUTION se réserve le droit d'informer directement les PARTICIPANTS de la défaillance de l'ADHERENT.

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

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

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

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

EFFET DE LA 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'INSTITUTION en a eu connaissance,**
- **en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.**

Lorsque l'action de l'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.

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.

DISPOSITIONS DIVERSES

Confidentialité

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée du contrat 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 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 cinq 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-cnill@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 commerciale par voie téléphonique

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

Toutefois, tant que le 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 et des frais non pris en charge visés à l'article « contrat solidaire et responsable ».

Elles respectent l'obligation de couvrir au minimum l'intégralité de la participation du bénéficiaire (ticket modérateur) sur les tarifs servant de base à la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la Sécurité Sociale.

Si les remboursements sont plafonnés (plafond par acte, plafond global de garanties), l'Institution prend en charge le ticket modérateur au-delà dudit plafond consommé (excepté pour le poste optique assurant une garantie au-delà des tarifs de responsabilité).

Seuls les frais de cures thermales, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 30 % et à 15 % ainsi que les spécialités et les préparations homéopathiques (article R. 322-1 6°, 7°, 10° et 14° du Code de la Sécurité Sociale) sont exclus de cette obligation de prise en charge minimale du ticket modérateur ; ces frais sont donc remboursés selon les conditions de la présente notice, lorsqu'ils sont prévus.

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

Par dérogation, certains frais inscrits à la Nomenclature, mais non pris en charge par la Sécurité Sociale, peuvent donner lieu cependant à un remboursement par l'INSTITUTION dans les conditions fixées dans les tableaux de garanties.

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 des présents contrats sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

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.

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.

Pratique médicale courante (secteur conventionné et non conventionné) :

- **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,**
- **Petite chirurgie et actes de spécialité réalisés par un médecin 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)**
- **Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie réalisés par un médecin ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO)**
- **Biologie médicale**
- **Forfait pour acte lourd.**

Pharmacie :

- **Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité Sociale,**

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^{er} jour d'hospitalisation, Hospitalisation à domicile (HAD) prise en charge par la Sécurité Sociale.**
 - **Pour les frais de chambre particulière et de lit d'accompagnement, la prise en charge est limitée à :**
 - **365 jours,**
 - **180 jours en cas de séjour psychiatrie.**
 - **A l'expiration de cette période de 365 jours ou 180 jours, le bénéficiaire ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des prestations qu'après une interruption d'hospitalisation entre deux séjours supérieure à 90 jours continus et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.**
- **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 les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée,**

l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO)

- Frais de chambre particulière (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**).

- Forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 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.

- Lit 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) 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.

Frais de Transport : Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale

Appareillage :

- **Prothèses auditives, pile et entretien de la prothèse auditive,**
- **Appareillage (y compris prothèses capillaires et mammaires prises en charge par la sécurité sociale),**

Maternité et adoption :

- **Maternité :** une allocation, destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais 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.

Dentaire :

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

En tout état de cause, conformément aux dispositions de l'article D. 911-1 du Code de la Sécurité Sociale, sont pris en charge à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale ;

Optique :

- **Équipement optique pris en charge par la sécurité sociale (deux verres et une monture) : les prestations dépendent du degré de correction (dioptrie),
La prise en charge 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.

La période de 24 mois ou, le cas échéant, de 12 mois, s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique. 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. Une prise en charge tous les deux ans.

- **Lentilles cornéennes prises en charge ou non par la Sécurité Sociale** (y compris lentilles jetables),

PREVENTION :

- **Les actes de prévention sont pris en charge par l'INSTITUTION au titre de chaque poste de garanties concernés par ces actes :**

- le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sur les 1^{ères} et 2^{ème} molaires permanentes des enfants avant leur 14^{ème} 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^{er} 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.

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).

Médecine alternative : Par dérogation à l'article « RISQUES EXCLUS », peuvent être pris en charge les actes effectués par les praticiens listés dans les tableaux de garanties figurant en annexe de la présente notice.

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

Pharmacie prescrite non prise en charge par la Sécurité Sociale.

Cure thermale : Les frais de cure thermale (forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement) acceptés 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 à l'article 28 les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique.

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

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

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

TROISIEME PARTIE

VERSEMENT DES PRESTATIONS

MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

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 aux tableaux des garanties.

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 par le Bénéficiaire dans un délai maximum de deux ans suivant, selon le risque en cause, la survenance des soins, l'acquittement des frais d'appareillage ou le décès. A défaut, le Bénéficiaire se voit opposer la prescription visée à l'article « prescription ».**
- Les Bénéficiaires sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'INSTITUTION les déclarations et pièces justificatives listées ci-après.

L'INSTITUTION se réserve le droit de demander au PARTICIPANT toutes autres pièces justificatives pour tenir compte notamment des spécificités des garanties souscrites.

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

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

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

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

Justificatifs et Contrôle

- Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, le Bénéficiaire a la possibilité d'adresser par voie postale tout document comportant ce type de données, sous pli cacheté portant la mention "Confidentiel", à l'attention de Monsieur le Médecin-conseil - Centre de Service Prestations Santé dont l'adresse figure sur sa carte de tiers-payant.
- Le service médical de l'INSTITUTION peut faire procéder par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé désigné par lui, au contrôle médical du Bénéficiaire qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre du contrat.

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

Outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, le service médical de l'INSTITUTION se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du PARTICIPANT et de s'assurer du respect effectif des dispositions de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

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

- 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 donneront pas lieu à prise en charge.

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

Les justificatifs à fournir par le PARTICIPANT pour ses demandes de remboursement :

Bénéficiaire NOEMIE	Justificatifs à fournir
Hospitalisation chirurgicale ou médicale Etablissement conventionné ou non conventionné	Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...)

Hospitalisation à domicile (HAD)	Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD
Soins courants (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante,..)	Aucun document
Médecine douce	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)
Optique	Facture détaillée et acquittée En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent et : - Soit une nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction ; - Soit la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant les nouvelles corrections. Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité Sociale

Bénéficiaire NOEMIE	Justificatifs à fournir
Prothèses dentaires – Orthodontie - Parodontologie - Prises en charge ou non prises 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. *
Maternité	Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou acte d'enfant sans vie
Adoption	Photocopie du certificat définitif d'adoption
Cure thermale	Facture acquittée du séjour

Non Bénéficiaire Noémie	Justificatifs à fournir
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.

L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE

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

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

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

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



A qui s'adresser

Humanis
Activités sociales

N° Cristal 09 72 72 23 23

APPEL NON SURTAXÉ