



CCN du Tourisme Social et Familial

Notice d'information santé

Edition janvier 2017

Garanties frais de santé

Référence : NI- CCN TSF socle-santé-2017

Document à remettre à votre employeur

Je soussigné(e), _____

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

A _____ le _____
Signature

SOMMAIRE

SOMMAIRE	5
PREAMBULE.....	6
▶ Modalités d'affiliation	7
▶ Ayants droit	7
GARANTIES FRAIS DE SANTE	10
▶ Contrat solidaire et responsable	10
▶ Garanties frais de santé	10
▶ Risques exclus.....	13
▶ Degré élevé de solidarité	13
▶ Modalités de versement des prestations.....	13
▶ Les justificatifs à fournir par l'assuré pour ses demandes de remboursement	15
DISPOSITIONS GENERALES.....	17
▶ Entrée en vigueur des garanties - Suspension et conditions de maintien	17
▶ Cessation de l'affiliation des assurés	18
▶ Maintien des garanties santé.....	18
▶ Cotisations	19
▶ Paiement des cotisations.....	19
▶ Effet de la résiliation ou du non-renouvellement.....	20
▶ Recours - Prescription.....	20
POUR MIEUX SE COMPRENDRE.....	23
L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE.....	25

PREAMBULE

Les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale du Tourisme Social et Familial ont signé un accord paritaire national en date du 17 novembre 2016, instaurant un régime de frais de santé obligatoire au profit de l'ensemble du personnel.

Votre employeur, ci-après dénommé « l'entreprise » relevant de la Convention Collective Nationale du Tourisme Social et Familial, adhère au contrat d'assurance collective du régime frais de santé dénommée ci-après « contrat socle collectif obligatoire ».

Ce contrat est mis en œuvre par l'un des organismes assureurs recommandés suivants :

- Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 410 005 110, dont le siège social est à Paris (75014) 29 boulevard Edgar Quinet

Et d'autre part :

- MUTEX-l'alliance mutualiste composée de :
 - MUTUELLE CHORUM, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°784 621 419,
Siège social : 56 / 60 rue Nationale – 75013 PARIS substituée intégralement par MUTEX UNION, Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le n°442 574 166,
Siège social : 125 avenue de Paris – 92327 CHATILLON Cedex
 - ADREA MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°311 799 878,
Siège social : 25 place de la Madeleine - 75008 PARIS
 - APREVA, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°775 627 391,

Siège social : 20 boulevard Papin – BP 1173 – 59012 LILLE

- **EOVI MCD**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°317 442 176,

Siège social : 173 rue de Bercy, CS 31802, 75584 Paris Cedex 12

- **HARMONIE MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°538 518 473,

Siège social : 143 rue Blomet – 75015 PARIS

- **OCIANE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°434 243 085,

Siège social : 8 terrasse du Front du Médoc – 33054 BORDEAUX Cedex

- **MUTEX**, Entreprise régie par le Code des Assurances, inscrite au Registre du Commerce et des sociétés de Nanterre sous le n°529 219 040,

Siège social : 125 avenue de Paris – 92327 CHATILLON Cedex

Ces organismes sont co-assureurs entre eux dans le cadre du dispositif MUTEX-l'alliance mutualiste.

L'entreprise choisit librement l'organisme assureur auprès duquel elle souhaite souscrire le contrat. L'organisme assureur retenu est l'interlocuteur unique de l'entreprise et des salariés, et est ci-après dénommé « l'organisme assureur », le cas échéant représenté par « l'organisme gestionnaire ».

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

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

► Modalités d'affiliation

Conditions d'affiliation

L'entreprise s'engage à affilier l'ensemble de ses salariés sous contrat de travail à la date d'effet du contrat d'adhésion ou des conditions particulières au contrat socle collectif obligatoire.

Toutefois, conformément aux cas de dispenses d'affiliation d'ordre public et aux dispositions des articles 2.2.1. et 2.2.2. de l'accord frais de santé conventionnel, certains salariés ont la faculté de ne pas adhérer aux garanties de base obligatoires, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de l'entreprise. A défaut de renonciation écrite exprimée par le salarié, celui-ci doit être obligatoirement affilié.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation :

- ❖ doivent être affiliés au contrat socle collectif obligatoire dès qu'ils cessent de justifier de leur situation ou de remplir les conditions posées à la dispense d'affiliation,
- ❖ peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion au contrat socle collectif obligatoire ; l'adhésion prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable.

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

Lors de l'adhésion de l'employeur ou de son entrée en fonction, chaque assuré renseigne et signe le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle établi par l'organisme assureur sur support papier ou dématérialisé, si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par l'entreprise par la DSN.

Il y précise notamment son état civil et, le cas échéant, celui de ses ayants droit.

► Ayants droit

Les ayants droit

Définition des ayants droits

Les enfants à charge de l'assuré tels que définis ci-dessous, bénéficient, obligatoirement, du contrat socle collectif obligatoire.

Le conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS de l'assuré, peut être couvert par une extension facultative souscrite individuellement par l'assuré.

Sont ayants droit de l'assuré :

- ❖ le conjoint de l'assuré non divorcé ou non séparé de corps judiciairement,
- ❖ le partenaire lié à l'assuré par un Pacte Civil de Solidarité (PACS)
- ❖ la personne vivant en concubinage avec l'assuré. Conformément à l'article 515-8 du Code civil, le concubinage est une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.
- ❖ Les enfants à charge de l'assuré. Sont considérés à charge de l'assuré, indépendamment de la position fiscale, les enfants de l'assuré et de son conjoint, ou concubin, ou partenaire lié par un PACS, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus ou recueillis :
 - Jusqu'à leur 21ème anniversaire, sans condition ;
 - Jusqu'à leur 26ème anniversaire, et sous condition soit :
 - De poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au centre national d'enseignement à distance (CNED) ;
 - D'être en apprentissage ;
 - De poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, et d'autre part, l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - D'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré : inscrits auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - D'être employés dans un établissement et service d'aide par le travail (Esat) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés.

Par assimilation sont considérés comme à charge, les enfants à naître et nés viables, et les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du (de la) concubin (e) ou du partenaire lié par un PACS du salarié qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès ou si l'autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Affiliation et modification des ayants droit

L'assuré déclare à l'entreprise et à l'organisme assureur ses enfants à charge.

Cette déclaration a lieu à l'occasion de l'affiliation de l'assuré. Toutefois, postérieurement à celle-ci, l'assuré peut affilier ou modifier les ayants droit, à l'occasion d'une modification de la situation familiale (notamment naissance, décès...) L'assuré est tenu d'informer l'organisme assureur et l'entreprise de ces modifications.

En tout état de cause, l'assuré est tenu d'apporter les pièces justifiant sa situation et celle de ses enfants à charge à l'organisme assureur et de s'acquitter des cotisations afférentes.

L'affiliation des enfants à charge prend effet à la date prévue dans la présente notice d'information.

Extension facultative au conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS

Le conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS, peut être couvert par une extension facultative souscrite individuellement par chaque assuré. En tout état de cause, les garanties de l'extension facultative sont identiques aux garanties souscrites par l'assuré au titre de son contrat socle collectif obligatoire et le cas échéant de son contrat surcomplémentaire collectif.

L'assuré déclare à l'entreprise et à l'organisme assureur s'il entend assurer la couverture de son conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS.

Cette déclaration a lieu :

- ✧ à l'occasion de l'affiliation de l'assuré,
- ✧ à la date de l'évènement en cas de modification de la situation familiale,
- ✧ à la date de l'évènement en cas de modification de la situation professionnelle du conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS.

L'affiliation doit intervenir dans le délai de deux mois à compter de l'affiliation de l'Assuré ou de la date de modification familiale ou professionnelle du conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS.

- ✧ A défaut, chaque 1^{er} janvier sous réserve qu'une demande en ce sens soit présentée à l'organisme assureur avant le 30 novembre de l'année précédente.

L'assuré est tenu d'apporter les pièces justifiant sa situation et celle de son conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS, à

l'organisme assureur et de s'acquitter des cotisations afférentes.

Justificatifs à fournir

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

- ✧ la copie du livret de famille,
- ✧ la copie du certificat de mariage,
- ✧ l'attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
- ✧ l'attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins et tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...),
- ✧ la copie de son contrat de travail et de son dernier bulletin de salaire,
- ✧ pour les enfants à charge selon leur situation :
 - › le certificat de scolarité,
 - › la copie du dernier avis d'imposition de l'assuré ou de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
 - › la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - › la copie du dernier bulletin de salaire,
 - › la copie de la carte d'invalidité,
 - › l'attestation d'inscription au Pôle Emploi.

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

L'organisme assureur se réserve le droit de demander à l'assuré toutes autres pièces justificatives.

L'assuré s'engage à informer l'organisme assureur de toute modification de sa situation ou celle de l'un de ses ayants droit ne permettant plus à ce dernier d'avoir la qualité d'ayants droit.

Cessation de l'affiliation des bénéficiaires

L'affiliation des ayants droit prend fin en cas de cessation de l'affiliation de l'assuré.

Elle cesse également :

- ✧ à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions posées ci-avant,
- ✧ au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les ayants droit justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur et à la condition que l'acte mettant en place les garanties le prévoit,

✎ au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'assuré demande la résiliation de l'extension facultative du conjoint. Cette demande doit être adressée à l'organisme assureur au plus tard le 31 octobre de la même année par lettre recommandée. La demande adressée à l'organisme assureur 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.

La cessation de l'affiliation des ayants droit au titre du contrat socle collectif obligatoire emporte nécessairement la cessation de l'affiliation des ayants droit du contrat surcomplémentaire collectif.

GARANTIES FRAIS DE SANTE

► 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 aux articles L. 871-1 R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale et celles relatives au « panier de soins » définies aux articles L.911-7 et D. 911-1 du Code de la Sécurité sociale.

En aucun cas les termes du Contrat ne peuvent contrevenir aux règles des contrats « responsables ». En cas de contradictions, les règles du contrat « responsable » priment sur les présentes dispositions.

A ce titre, et sous réserve des évolutions légales ou réglementaires futures, l'organisme assureur 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.**

- ❖ **les dépassements d'honoraires des spécialistes lorsque l'Assuré et ses ayants droit consultent sans prescription du médecin traitant,**

- ❖ **les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.**

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

► Garanties frais de santé

Les garanties figurent en annexe de la présente notice.

Objet et conditions des garanties

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

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

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

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

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'organisme assureur dans les conditions fixées aux tableaux des garanties annexés.

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

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

Donnent lieu à remboursement, selon les modalités prévues au tableau des garanties, les frais suivants :

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

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

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

HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ :

Hospitalisation chirurgicale :

- ✧ 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 prise en charge par la Sécurité sociale.

Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations chirurgicales ou médicales :

- ✧ Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la Liste des Produits et des Prestations (LPP) facturables et spécialités pharmaceutiques).

- ✧ Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),
- ✧ Forfait hospitalier prévu à l'article L.174-4 du code de la Sécurité sociale est pris en charge sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait hospitalier facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendants (EHPAD),
- ✧ Forfait ambulatoire,
- ✧ Frais de chambre particulière (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**),
- ✧ Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant **de moins de 16 ans** bénéficiaire du contrat (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**). Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».

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

- ✧ **365 jours,**
- ✧ **180 jours en cas de séjour en psychiatrie.**

A l'expiration de cette période de 365 jours ou 180 jours, le bénéficiaire ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des prestations qu'après une **interruption d'hospitalisation entre 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.

- ✧ Périodure,
- ✧ Participation forfaitaire pour les actes coûteux.

SOINS DE VILLE EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ :

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

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

- ❖ **Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie réalisés par un médecin ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).**
- ❖ **Participation forfaitaire pour les actes coûteux.**

PHARMACIE :

- ❖ **Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale.**

TRANSPORT :

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

DENTAIRE :

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

OPTIQUE :

- ❖ **Équipement optique pris en charge par la Sécurité sociale (deux verres et une monture).**

La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement

justifié par l'évolution de la vue.

Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement par l'assuré. Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

- ❖ **Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale.**
- ❖ **Chirurgie réfractive.**

APPAREILLAGES :

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

ALLOCATIONS FORFAITAIRES :

- ❖ **Cure thermique acceptée par la Sécurité sociale :** les frais de cure thermique (forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement), acceptés par la Sécurité sociale.

MEDECINES DOUCES :

Par dérogation à l'article « Risques exclus » de la présente notice d'information, 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.

Soins engagés hors de France

L'organisme assureur 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'organisme assureur intervient dès lors que les assurés 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'organisme assureur 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'organisme assureur 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'organisme assureur 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.

► Degré élevé de solidarité

Outre la mise en place d'un régime collectif de couverture des frais de santé, votre Convention collective institue un fonds de solidarité permettant notamment la mise en œuvre de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité consacrées à des actions de prévention et d'accompagnement individuel et collectif lié à la santé des salariés de la branche, et ce afin de satisfaire aux dispositions de l'article L.912-1, I du code de la sécurité sociale.

Le financement des prestations servies par le fonds de solidarité est fixé conformément aux dispositions de l'Accord collectif du 17 novembre 2016, à 2 % de la cotisation hors taxes encaissée au titre du contrat.

► Modalités de versement des prestations

Paielement des cotisations

Pour que l'assuré puisse bénéficier des prestations, l'entreprise et le cas échéant l'assuré doivent avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'ils pourraient devoir au titre du contrat.

Services de tiers payant

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

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

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

La prise en charge hospitalière

Dès qu'il a connaissance de l'hospitalisation d'un bénéficiaire en établissement conventionné avec la Sécurité sociale, l'assuré en informe l'organisme assureur qui lui délivrera une attestation de prise en charge.

Cette attestation de prise en charge dispensera l'assuré 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'organisme assureur, 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'organisme assureur dans un délai maximum de deux ans suivant la date du décompte de Sécurité sociale ou de la survenance des soins par le bénéficiaire. A défaut, le bénéficiaire se voit opposer la prescription visée dans la présente notice d'information.

Les bénéficiaires et l'entreprise sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'organisme assureur les déclarations et pièces justificatives listées ci-après.

L'organisme assureur se réserve le droit de demander à l'assuré 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'organisme assureur 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'organisme assureur 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'organisme assureur 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'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 celle de ses ayants droit affiliés. 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.**

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

► Les justificatifs à fournir par l'assuré pour ses demandes de remboursement

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

Non bénéficiaire Noémie

Pour les soins pris en charge par la Sécurité sociale

Décompte original de la Sécurité sociale
Justificatifs ci-dessus

* L'assuré peut transmettre à l'organisme assureur, 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.

L'organisme assureur se réserve la possibilité de demander tous les justificatifs établissant la qualité et/ou le statut du professionnel de santé dont les actes ou soins sont à l'origine de la demande de prestations (inscription sur des registres nationaux, numéro d'inscription Adeli...). En cas de tiers payant avec la Sécurité sociale mais sans tiers payant avec l'organisme assureur : facture acquittée du ticket modérateur.

DISPOSITIONS GENERALES

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

Prise d'effet des garanties

Les garanties du contrat socle collectif obligatoire souscrit par l'entreprise prennent effet :

- ✦ à la date d'effet de l'adhésion au contrat socle collectif obligatoire pour tous les assurés présents à cette date, et ultérieurement à la date d'embauche, sous réserve des dispenses d'affiliation de droit et celles prévues par la Convention Collective Nationale du Tourisme Social et Familial,
- ✦ au premier jour du mois qui suit la demande d'affiliation pour les salariés ayant demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation et qui viennent à cesser de justifier de leur situation, ou qui décident ultérieurement de renoncer à cette dispense.

Pour les ayants droit, les garanties du contrat socle collectif obligatoire prennent effet à la date de leur adhésion soit :

- ✦ à la même date d'affiliation que l'assuré au contrat socle collectif obligatoire,
- ✦ à défaut, à la date de l'évènement dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation,
- ✦ à défaut, et uniquement pour l'extension facultative du conjoint, au 1er janvier, sous réserve que l'assuré en fasse la demande auprès de l'organisme assureur avant le 30 novembre de l'année précédente.

Conditions de suspension des garanties

Suspension du contrat de travail rémunérées ou indemnisées

Le bénéfice des garanties du contrat socle collectif obligatoire est maintenu à l'assuré 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'entreprise, qu'elles soient versées directement par l'entreprise ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Suspension du contrat de travail non rémunérées ou non indemnisées

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

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée supérieure ou égale à un mois, les garanties du contrat socle collectif obligatoire 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'organisme assureur en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'organisme assureur de la déclaration faite par l'entreprise.

Toutefois, ces derniers ont la possibilité de demander le maintien des garanties du contrat socle collectif obligatoire, pendant la suspension de son contrat de travail.

Ce maintien donne lieu à paiement à la charge exclusive de l'assuré de cotisations spécifiques.

Les cotisations seront recouvrées selon la périodicité indiquée sur le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'assuré peut se voir appliquer des majorations de retard fixées à hauteur de 3 fois le taux d'intérêt légal 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 de l'assuré 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'organisme assureur 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'organisme assureur les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

► Cessation de l'affiliation des assurés

Sous réserve de l'application du maintien des garanties santé définis ci-après, l'affiliation de l'assuré cesse de plein droit :

- ✧ soit à la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat d'adhésion ou des conditions particulières de l'entreprise au contrat socle collectif obligatoire,
- ✧ soit à la date de sortie des effectifs,
- ✧ soit à la date de départ à la retraite, à l'exception des assurés reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'entreprise,
- ✧ et, en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat socle collectif obligatoire.

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties du contrat socle collectif obligatoire ainsi que celle des garanties complémentaires du contrat surcomplémentaire collectif le cas échéant.

Seuls les frais médico-chirurgicaux dont la date des soins telle que figurant sur les décomptes de Sécurité sociale est antérieure à la date d'effet de la cessation des garanties, pourront être pris en charge.

L'assuré qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de son départ, à remettre à l'entreprise sa carte de tiers payant. L'entreprise doit la retourner à l'organisme assureur.

L'organisme assureur récupère auprès de l'assuré toutes prestations indûment réglées.

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

► Maintien des garanties santé

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

Conditions au maintien de l'affiliation

Sous réserve pour l'assuré d'être éligible au dispositif de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'affiliation au contrat socle collectif obligatoire et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les ayants droit sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail de l'assuré 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'organisme assureur tient à la disposition de l'entreprise 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 de l'assuré cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

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

Il incombe à l'entreprise d'informer l'assuré du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation de l'assuré au contrat socle collectif obligatoire est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail. Lorsque les contrats de travail sont consécutifs chez un même employeur avec toutefois une interruption entre ces contrats, sans reprise d'activité chez un autre employeur, la durée de portabilité retenue sera celle du dernier contrat de travail ou du contrat de travail précédent si la durée de celui-ci est plus longue.. 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 de l'assuré cesse de plein droit :

- ✧ à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès),
- ✧ en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après,
- ✧ en cas de résiliation du contrat d'adhésion ou des conditions particulières de l'entreprise au contrat socle collectif obligatoire,
- ✧ en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail.

Obligations déclaratives

L'assuré s'engage à fournir à l'organisme assureur:

- ✧ 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

L'assuré bénéficie des garanties prévues au contrat socle collectif obligatoire au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail. Le cas échéant, le maintien de garanties est accordé aux ayants droit, tels que définis au contrat.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat socle collectif obligatoire ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables à l'assuré.

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

Financement

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

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

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties frais de santé peuvent être maintenues par la souscription d'un contrat individuel proposé sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaire médicaux au profit des personnes suivantes :

- ✧ les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité,
- ✧ les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite,
- ✧ les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement,
- ✧ les personnes garanties du chef de l'assuré décédé.

Sous réserve d'être informé par l'entreprise de la cessation du contrat de travail pour l'un des motifs ci-dessus, ou du décès de l'assuré, l'organisme assureur leur adressera la proposition de maintien individuel de la couverture aux intéressés 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 au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale ou du décès de l'assuré.

Ce maintien de garanties est accordé aux ayants droit, tels que définis au contrat au moment de la cessation du contrat de travail ou à la cessation du maintien des garanties visé dans la présente notice d'information.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'organisme assureur dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail ou le cas échéant suivant la fin de la portabilité des droits ou dans les six mois suivant le décès de l'assuré.

Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

► Cotisations

Les cotisations sont exprimées soit :

- en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale,
- en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale et en fonction des tranches de rémunération brute A et B soumises à cotisations.

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par l'assuré et de la communication à l'organisme assureur des justificatifs visés dans la présente notice d'information.

La cotisation « Famille hors conjoint » est identique pour chacun des assurés quelles que soit leur situation matrimoniale et de famille. Elle permet la couverture de l'assuré et de ses enfants à charge.

La cotisation « conjoint » est due si l'assuré souhaite étendre le bénéfice du contrat à son conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS.

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

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

► Paiement des cotisations

La répartition du coût des cotisations entre l'entreprise et les assurés est fixée par la Convention collective. Toutefois, l'entreprise est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'organisme assureur. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'organisme assureur, aux différentes échéances prévues.

Extension facultative du conjoint

Les cotisations sont exprimées :

- soit en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale et en fonction des tranches de rémunération brute A et B soumises à cotisation calculées sur la rémunération brute annuelle,
- soit en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale.

Les cotisations concernant l'extension des garanties au conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS sont recouvrées selon les dispositions mentionnées sur le contrat d'adhésion ou aux conditions particulières, auprès de l'entreprise elle-même ou après de l'assuré sur son compte bancaire selon la périodicité indiquée sur le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle. A défaut de choix, les cotisations sont recouvrées auprès de l'entreprise.

Lorsque l'appel des cotisations est effectué auprès de l'entreprise:

L'entreprise assure le précompte des cotisations, tant pour l'assuré que pour ses éventuels ayants droit. Elle est **seule responsable du paiement en totalité des cotisations afférentes à ses salariés et leurs ayants droit, que ce soit pour les parts salariales précomptées sur le salaire des assurés et pour les cotisations éventuelles additionnelles au titre de l'adhésion facultative de leurs ayants droit.**

En cas d'affiliation d'un Assuré en cours de mois, l'affiliation est prise en compte à compter du 1^{er} jour du mois en cours. Le paiement de la cotisation correspondante est dû à compter de la même date. Pour toute résiliation de l'assuré en cours de mois, la cotisation est due pour le mois entier en cours.

Pour toute radiation d'un assuré, en cours de mois, la cotisation est due pour le mois en cours.

Lorsque l'appel de cotisations est effectué auprès de l'assuré :

Les cotisations afférentes à l'affiliation de l'assuré et le cas échéant, de ses ayants droit, sont payables par l'assuré mensuellement d'avance dans les 10 jours de leur échéance.

Le paiement est effectué par prélèvement sur son compte bancaire par l'organisme assureur ou gestionnaire.

L'assuré est seul responsable du paiement des cotisations dont il a la charge intégrale.

En cas d'affiliation de l'assuré, en cours de mois, elle est prise en compte à compter du 1er jour du mois en cours. Le paiement de la cotisation correspondante sera dû à compter de la même date. Pour toute radiation d'un assuré, en cours de mois, la cotisation est due pour le mois entier en cours.

Pour toute radiation d'un assuré, en cours de mois, la cotisation est due pour le mois en cours.

A défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'extension des garanties au conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS 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.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur des cotisations.

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

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'Assuré peut se voir appliquer des majorations de retard fixées à hauteur de 3 fois le taux d'intérêt légal, à compter de l'échéance.

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

► Effet de la résiliation ou du non-renouvellement

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat d'adhésion au contrat socle collectif obligatoire de l'entreprise met fin aux garanties du contrat socle collectif obligatoire.

Les demandes de remboursements de soins adressées à l'organisme assureur 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.

► 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'organisme assureur dans leur action contre

le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. L'organisme assureur 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'organisme assureur 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 d'adhésion ou des conditions particulières 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'organisme assureur 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'Entreprise, de l'Assuré ou de l'ayant droit contre l'organisme assureur 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'Entreprise, l'Assuré ou l'ayant droit 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 ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation : de l'envoi d'une lettre recommandée**

avec demande d'avis de réception par l'organisme assureur à l'entreprise adhérente, lorsque celle-ci assure le précompte de la cotisation au titre du contrat collectif ou au participant, lorsque l'entreprise adhérente n'assure pas ce précompte ou en présence d'un contrat individuel,

- **en ce qui concerne le règlement de la prestation : de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'organisme assureur.**

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

Réclamations – Médiation

L'organisme assureur met à la disposition de l'Entreprise et des Assurés la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application des contrats,

- ❖ Pour Humanis Prévoyance : à l'adresse suivante :

Humanis Prévoyance

Service Satisfaction Clients

303, rue Gabriel Debacq

45 777 Saran cedex

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

A compter de la réception de la réclamation, Humanis Prévoyance 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, Humanis Prévoyance 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 Humanis Prévoyance et après épuisement des voies de recours internes, l'entreprise, l'assuré ou les ayants droit, ou avec l'accord de ceux-ci, Humanis Prévoyance, 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 du 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 ledit médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de médiation du CTIP disponible sur le site internet susvisé.

❖ **Pour MUTEX l'Alliance: au centre de gestion de la mutuelle désignée par les Conditions Particulières.**

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au médiateur nommé par l'Assemblée générale de la mutuelle désignée par les Conditions Particulières.

Contrôle de l'organisme assureur

L'organisme assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

Dispositions diverses

Protection des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel concernant l'assuré sont collectées et traitées pour les besoins de la gestion et de l'exécution du contrat, dans le respect des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel. Les données sont exclusivement communiquées aux entités composant le Groupe Humanis ainsi qu'aux partenaires du Groupe en charge d'activités conférés par ce dernier. Elles pourront aussi être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle et de lutte contre le blanchiment.

Au sein de Humanis Prévoyance, ces données sont conservées pour une durée n'excédant pas deux années après la fin de la relation contractuelle liant l'Assuré et Humanis Prévoyance.

Au sein de Mutex l'Alliance, les données sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales.

Conformément aux dispositions légales précitées, l'assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ses données à caractère personnel à exercer par courriel à contact-cnil@humanis.com ou par lettre à l'adresse suivante : Pour Humanis Prévoyance : Groupe HUMANIS – Cellule CNIL – Satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex. Et pour MUTEX 'Alliance: au Correspondant Informatique et Libertés, 125 avenue de Paris, 92327 Châtillon 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 ayants droit de l'assuré 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

L'assuré 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 contrat est en cours et sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire en assurance, cette inscription n'interdit pas à l'organisme assureur de démarcher téléphoniquement l'assuré si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de l'organisme assureur, à l'adresse mentionnée à l'article ci-dessus 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..

POUR MIEUX SE COMPRENDRE

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

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

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

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

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

Franchise : La franchise est une somme déduite des remboursements effectués par la Sécurité sociale sur les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence. La franchise n'est pas remboursée par l'assureur.

Le forfait de 18 euros : Pour les actes dépassant un certain tarif, le ticket modérateur qui reste à la charge du patient est remplacé par une participation forfaitaire de 18 euros. Les modalités d'application sont expliquées sur le site www.ameli.fr

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

Nomenclature : cette notion désigne aussi bien la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), que la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), que la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) et que la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux, documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

OPTAM / OPTAM CO : 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.

Parcours de soins : Passage par un médecin traitant choisi par l'assuré avant de consulter un autre médecin, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue ainsi que, pour les patients âgés de moins de 26 ans, psychiatre et neuropsychiatre). Le parcours de soins concerne les patients à partir de 16 ans.

Si l'assuré n'a pas déclaré de médecin traitant, ou si s'il souhaite consulter un autre médecin que son médecin traitant sans être orienté par celui-ci, il est alors hors du parcours de soins coordonnés et sera moins bien remboursé par l'Assurance Maladie. Cependant, certains actes ou soins ne s'intègrent pas au dispositif du parcours de soins coordonnés : il sera alors remboursé selon les tarifs habituels.

Participation forfaitaire : Montant forfaitaire non remboursé par la Sécurité sociale. Cette participation forfaitaire, à la charge de l'assuré, concerne les consultations, les actes des médecins et les actes biologiques. La participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'assureur.

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 perçues par l'Assuré assujettis à charges sociales dans les conditions prévues à l'article L.242-1 du code de la Sécurité sociale.

Secteur conventionné et secteur non conventionné :

- ❖ **Secteur conventionné :** ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs contrôlés
 - en **secteur 1** : ils s'engagent à respecter les bases de remboursement de la Sécurité sociale,
 - en **secteur 2** : ils sont autorisés à dépasser les bases de remboursement de la Sécurité sociale.

L'assuré devra alors supporter le dépassement de tarif, la Sécurité sociale ne remboursant que sur la base du tarif de référence.

- ❖ **Secteur non conventionné :** ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale. Ils pratiquent des tarifs libres. Le remboursement des actes par la Sécurité sociale est alors effectué sur une base minorée.

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. 160-13 I du Code de la Sécurité sociale.

L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE

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

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

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

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

A qui s'adresser

Humanis
Service social

N° Cristal 09 72 72 23 23

APPEL NON SURTAXÉ

Votre interlocuteur Humanis

Suivre votre contrat

Téléphone : N° CristalAPPEL NON SURTAXE

Adresse :

Site internet :