

Conditions Générales

Édition Avril 2015

Garanties frais de santé

Contrat socle de prévoyance collective à adhésion obligatoire et contrat surcomplémentaire de prévoyance collective à adhésion facultative.

SOMMAIRE

PREMIÈRE PARTIE.....	4
DISPOSITIONS INTRODUCTIVES	4
▶ ARTICLE 1 Objet et architecture des contrats.....	4
▶ ARTICLE 2 Définitions.....	4
DEUXIÈME PARTIE	5
CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE.....	5
▶ ARTICLE 3 Objet	5
▶ ARTICLE 4 Contrat solidaire et responsable	5
▶ ARTICLE 5 Prise d'effet - durée - renouvellement	5
▶ ARTICLE 6 Obligations de l'adhérent	6
▶ ARTICLE 7 Affiliation des membres du personnel et de leurs ayants droit.....	6
▶ ARTICLE 8 Maintien du contrat socle collectif obligatoire	8
▶ ARTICLE 9 Cotisations afférentes aux garanties de base obligatoires.....	9
▶ ARTICLE 10 Révision des cotisations afférentes au contrat socle collectif obligatoire	10
TROISIÈME PARTIE	11
CONTRAT SURCOMPLÉMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF	11
▶ ARTICLE 11 Objet	11
▶ ARTICLE 12 Prise d'effet – durée - renouvellement.....	11
▶ ARTICLE 13 Personnes couvertes au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif	11
▶ ARTICLE 14 Obligations de l'Adhérent au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif	11
▶ ARTICLE 15 Adhésion individuelle des personnes au contrat surcomplémentaire collectif facultatif.....	12
▶ ARTICLE 16 Maintien du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.....	14
▶ ARTICLE 17 Cotisations afférentes au contrat surcomplémentaire collectif facultatif.....	14
▶ ARTICLE 18 Révision des cotisations afférentes au contrat surcomplémentaire collectif facultatif	15

QUATRIÈME PARTIE..... 15

DISPOSITIONS COMMUNES AU DEUX CONTRATS 15

- ARTICLE 19 | Champ d'application 15
- ARTICLE 20 | Résiliation du ou des contrats..... 15
- ARTICLE 21 | Recours - prescription 16
- ARTICLE 23 | Entreprise filiale adhérente 16
- ARTICLE 24 | Réclamations – médiation..... 16
- ARTICLE 25 | Contrôle de l'Institution..... 16
- ARTICLE 26 | Dispositions diverses 16

CINQUIÈME PARTIE 17

DÉFINITION DES GARANTIES..... 17

- ARTICLE 27 | Champ d'application 17
- ARTICLE 28 | Garanties frais de santé..... 17
- ARTICLE 29 | Risques exclus..... 19

SIXIÈME PARTIE 19

VERSEMENT DES PRESTATIONS..... 19

- ARTICLE 30 | Champ d'application 19
- ARTICLE 31 | Modalités de versement des prestations 19

ANNEXE – GARANTIES

GARANTIES DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE..... 22

GARANTIES DU CONTRAT SURCOMPLÉMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF 25

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS INTRODUCTIVES

► ARTICLE 1 | Objet et architecture des contrats

Le contrat socle collectif obligatoire et, s'il est souscrit par l'Adhérent, le contrat surcomplémentaire collectif facultatif, sont constitués des présentes Conditions Générales ainsi que des bulletins d'Adhésion.

Ils sont souscrits par la personne morale désignée aux Bulletins d'Adhésion, et ci-après dénommée « l'Adhérent », auprès de « HUMANIS Prévoyance », Institution de Prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale, dont le siège social est à PARIS (75116) - 7 rue de Magdebourg, dénommée ci-après « l'Institution ».

Les Conditions Générales et les Bulletins d'Adhésion associés ont pour objet d'instituer :

- une opération d'assurance à adhésion obligatoire à laquelle les membres du personnel de l'Adhérent sont tenus de s'affilier, dénommée ci-après « contrat socle collectif obligatoire »,
- une opération d'assurance à adhésion facultative offrant collectivement, et sous réserve de l'accord de l'Adhérent, des renforts complémentaires aux garanties du contrat socle collectif obligatoire, à laquelle les membres du personnel de l'Entreprise peuvent adhérer à titre individuel, dénommée ci-après « contrat surcomplémentaire collectif facultatif ».

Le contrat socle collectif obligatoire et, s'il a été souscrit, le contrat surcomplémentaire collectif facultatif prévoient donc, d'une part, des garanties de base obligatoires et, d'autre part, des garanties complémentaires facultatives.

Le contrat socle collectif obligatoire et, s'il est souscrit par l'Adhérent, le contrat surcomplémentaire collectif facultatif sont des contrats juridiquement distincts dont les souscriptions interviennent par la signature de bulletins d'adhésions différents. La seule souscription du **contrat socle collectif obligatoire** n'emporte pas l'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif facultatif, et la résiliation du contrat surcomplémentaire collectif facultatif n'emporte pas la résiliation du **contrat socle collectif obligatoire**. Les présentes conditions générales contiennent donc deux contrats différents.

La réunion, dans un même support (même instrumentum), des garanties de base obligatoires, offertes par le contrat socle collectif obligatoire et des garanties complémentaires facultatives, prévues par le contrat surcomplémentaire collectif facultatif, est instituée dans le but de renforcer l'information de l'Adhérent et des Participants et afin de faciliter la mise en œuvre d'une couverture globale adaptée aux besoins de chacun. Elle ne traduit nullement la volonté de l'Institution de soumettre l'ensemble de ces garanties à un même corps de règles légales et réglementaires ni même de réunir, dans un même contrat, des garanties de natures différentes.

La souscription, la mise en œuvre et la disparition du contrat socle collectif obligatoire sont régies par les dispositions des articles L. 932-1 et suivants du Code de la sécurité sociale et de l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ainsi que par les différentes dispositions légales ou réglementaires applicables aux opérations d'assurances régies par ce dernier article.

La souscription, la mise en œuvre et la disparition du contrat surcomplémentaire

collectif facultatif sont exclusivement régies par les dispositions des articles L. 932-14 et suivants du Code de la sécurité sociale et de l'article 3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ainsi que par les différentes dispositions légales ou réglementaires applicables aux opérations d'assurance régies par ce dernier article.

La garantie, qu'elle soit de base obligatoire ou complémentaire facultative, a pour objet le remboursement des frais de santé.

Les garanties souscrites par l'Adhérent sont précisées au(x) Bulletin(s) d'Adhésion.

Le présent contrat est régi par les dispositions du Code de la Sécurité Sociale.

► ARTICLE 2 | Définitions

- **Actes Hors Nomenclature** : Actes non reconnus par la Sécurité Sociale et non inscrits aux Nomenclatures.
- **Adhérent** : Personne morale souscriptrice du (des) contrat(s).
- **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(x) contrat(s).
- **Bénéficiaire Noémie** : a la qualité de bénéficiaire Noémie le Participant ayant autorisé le système de télétransmission. Il s'agit d'un système informatique permettant la télétransmission directe des décomptes Sécurité Sociale vers l'Institution. Les remboursements s'effectuent en une seule démarche : le bénéficiaire envoie sa feuille de soin à la Sécurité sociale ou utilise sa carte vitale. La Sécurité Sociale rembourse le bénéficiaire et transmet directement par voie électronique les décomptes à l'Institution.
- **Catégorie** : Ensemble de personnes physiques travaillant pour le compte de l'Adhérent 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. 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.
- **Conjoint** : Conjoint du Participant non divorcé ou non séparé de corps judiciairement.
- **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 Solidaire** : Contrat collectif ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurables.

- **Contrat Responsable** : Contrat collectif ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale et ses textes réglementaires d'application en vigueur.
- **Entreprise Filiale Adhérente** : Personne morale entretenant des liens capitalistiques avec l'Adhérent et qui adhère au contrat souscrit par ce dernier.
- **Garanties complémentaires facultatives** : Garanties servies au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif, en application de la troisième partie des présentes Conditions Générales, dont la souscription, autorisée par l'Adhérent, est laissée à la discrétion du Participant, et qui ne satisfont pas nécessairement aux conditions du Contrat Responsable.
- **Garanties de base obligatoires** : Garanties servies au titre du contrat socle collectif obligatoire, en application de la deuxième partie des présentes Conditions Générales et satisfaisant au cahier des charges du Contrat Responsable.
- **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.

- **Partenaire lié par un PACS** : Personne liée au Participant par un Pacte Civil de Solidarité.
- **Participant** : Personne physique appartenant à la Catégorie définie au(x) Bulletin(s) 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.
- **Rémunération brute** : Sommes et avantages perçus par le Participant assujettis à charges sociales dans les conditions prévues à l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité Sociale.
- **Sécurité Sociale** : Tout régime légalement obligatoire d'assurance maladie.
- **Tarif forfaitaire de responsabilité** : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale pour le princeps d'un médicament (original d'un médicament) ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.
- **Ticket Modérateur** : Part des frais de santé non remboursée par le régime d'assurance maladie obligatoire en application de l'article L. 322-2 I du Code de la Sécurité Sociale.

DEUXIÈME PARTIE

CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE

► ARTICLE 3 | Objet

Le contrat socle collectif obligatoire a nécessairement pour objet la souscription des garanties de base obligatoires dans les conditions définies à la présente partie des Conditions Générales, de l'article 4 à l'article 10 inclus.

Le contrat socle collectif obligatoire satisfait, dans les conditions définies à l'article 4, aux conditions du Contrat Solidaire et Responsable.

► ARTICLE 4 | Contrat solidaire et responsable

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

Sauf mention contraire figurant au tableau de la formule de garanties souscrites, les garanties du présent contrat respectent le cahier des charges du « Contrat Responsable » tel que défini aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

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

- **Conformément à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité Sociale, la participation forfaitaire due par le Bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale.**

- **Conformément à l'article L. 322-2 III du Code de la Sécurité Sociale, la franchise appliquée à certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 321-1 du Code de la Sécurité Sociale).**

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

► ARTICLE 5 | Prise d'effet - durée - renouvellement

Le contrat socle collectif obligatoire prend effet à la date indiquée au Bulletin d'Adhésion après acceptation par l'Institution et au plus tôt au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception du Bulletin d'Adhésion par l'Institution, pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

Il est renouvelé par tacite reconduction à chaque échéance, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties effectuée par lettre recommandée et moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

La dénonciation doit être adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi. Elle ne prend effet qu'au 31 décembre de la même année.

La dénonciation adressée à l'Institution après le 31 octobre est de nul effet. S'il le souhaite, l'Adhérent confirme la dénonciation avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année.

La dénonciation du contrat socle collectif obligatoire emporte nécessairement la dénonciation du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

► ARTICLE 6 | Obligations de l'adhérent

6.1 Obligations déclaratives et d'information

L'Adhérent s'engage à :

- Communiquer à l'Institution la ou les Catégories de personnes physiques travaillant pour son compte et dont elle souhaite assurer la couverture au titre du contrat socle collectif obligatoire.

Le choix et la définition de cette ou ces Catégories incombe à l'Adhérent.

L'Institution ne saurait être garante de la conformité de ce choix et de ces définitions aux dispositions des articles R. 242-1-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale.

- Répondre exactement aux questions de l'Institution relatives à la ou les Catégories de personnes physiques travaillant pour le compte de l'Adhérent qu'il envisage de garantir. Doivent être notamment fournies les caractéristiques socio-démographiques de la Catégorie.
- Communiquer à l'Institution les cas éventuels de dispense d'affiliation visées par l'acte juridique prévu à l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité Sociale instituant ou modifiant les garanties collectives.

Le choix et la définition des dispenses d'affiliation incombe à l'Adhérent.

L'Institution ne saurait être garante de la conformité de ce choix et de ces définitions aux dispositions de l'article R. 242-1-6 du Code de la Sécurité Sociale.

- Communiquer à l'Institution le Bulletin d'affiliation et le cas échéant le Bulletin Individuel d'Adhésion visé à l'article 6.1 dûment renseigné par chaque Participant dans un délai de trente jours suivant :
 - soit la date d'effet du contrat,
 - soit la date de l'entrée du Participant dans la ou les Catégories définies au Bulletin d'Adhésion.
- Déclarer à l'Institution toute personne physique travaillant pour l'Adhérent qui, au cours du contrat, entre dans la ou les Catégories définies au Bulletin d'Adhésion.
- Déclarer à l'Institution tout Participant qui, au cours du contrat, quitte l'Entreprise ou sort de la ou les Catégories définies au Bulletin d'Adhésion, notamment suite à une évolution dans une autre Catégorie. L'Adhérent précise la date et le motif du départ ou de l'évolution. La déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'Entreprise ou du changement de Catégorie.
- Déclarer à l'Institution tout Participant dont le contrat de travail est suspendu et qui ne pourrait bénéficier du maintien de son affiliation au contrat socle collectif obligatoire en application de l'article 7.5.
- Communiquer annuellement à l'Institution, au plus tard le 31 janvier de l'année N + 1, un état nominatif annuel des salaires par voie dématérialisée.

Les garanties sont accordées et les cotisations sont calculées sur la base des déclarations faites par l'Adhérent. Aussi, l'Institution se réserve la possibilité de réclamer des dommages-intérêts et/ou de prononcer la résiliation du contrat socle collectif obligatoire en cas d'inexactitude, de manquement par l'Adhérent à l'une des obligations énoncées ci-dessus. A défaut de communication des documents demandés, la résiliation intervient à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi d'une mise en demeure par l'Institution.

6.2 Information des Participants

L'Adhérent reconnaît avoir été informé par l'Institution des obligations qui lui incombent en vertu des dispositions de l'article L. 932-6 du Code de la Sécurité Sociale, en sa qualité de souscripteur d'un contrat de prévoyance collective.

Conformément à ces dispositions, l'Adhérent s'engage à remettre à chaque Participant la notice d'information qui lui a été communiquée par l'Institution.

L'Adhérent s'engage à porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications des garanties, notamment en leur remettant l'addenda modificatif de ladite notice ou la nouvelle notice d'information rédigée par l'Institution.

La preuve de la remise de la notice au Participant incombe à l'Adhérent.

L'Adhérent est seul responsable à l'égard du Participant en l'absence de remise de la notice d'information ou de l'addenda modificatif à celle-ci.

► ARTICLE 7 | Affiliation des membres du personnel et de leurs ayants droit

7.1 Conditions d'affiliation des membres du personnel

L'adhésion au contrat entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de chaque membre du personnel de l'Adhérent, appartenant à la ou les Catégories définies au Bulletin d'Adhésion.

L'usage, par l'Adhérent, des facultés offertes à l'article R. 242-1-6 du Code de la Sécurité Sociale de dispenser d'affiliation certains membres du personnel est admis par l'Institution dans les conditions prévues au point 3 de l'article 6.1 des présentes Conditions Générales.

Cet usage ne remet pas en cause le caractère obligatoire de l'opération d'assurance souscrite au titre du contrat socle collectif obligatoire dans les conditions fixées à la présente partie des Conditions Générales.

Lors de l'adhésion de l'Entreprise ou de son entrée en fonction, chaque membre du personnel appartenant à la ou les Catégories renseigne et signe le Bulletin d'affiliation le cas échéant le Bulletin Individuel d'Adhésion établie par l'Institution.

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

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

L'affiliation prend effet :

- à la date de prise d'effet du contrat socle collectif obligatoire lorsque le membre du personnel est inscrit à cette date dans les effectifs de l'Adhérent,
- à sa date d'embauche ou d'évolution dans la ou les Catégories définies au Bulletin d'Adhésion si elle est postérieure à la date d'effet du contrat.

7.3 Bénéficiaires

7.3.1 Choix de Bénéficiaires

Sont couverts, au choix de l'Adhérent et sous réserve des dispositions prévues dans l'acte mettant en place les garanties collectives dans l'Entreprise :

- les Participants à l'exclusion de leurs ayants droit,
- les Participants conjointement avec leurs ayants droit.

Le choix de couvrir les seuls Participants ou les Participants et leurs ayants droit influe sur la cotisation dans les conditions fixées à l'article 9.

7.3.2 Définition des Ayants droit

Sont ayants droit du Participant, selon les définitions prévues à l'article 2 :

- Le Conjoint,
- Le Partenaire d'un PACS,
- Le Concubin,
- Les personnes à la charge du Participant entendues comme :

1) Enfants à charge :

- les enfants du Participant, de son Conjoint, de son Partenaire lié par un PACS ou de son Concubin, s'ils sont effectivement à la charge du Participant (c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien) et satisfont à l'une des conditions suivantes :
 - être âgés de moins de 21 ans et être non salariés et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité Sociale du Participant, de son Conjoint, de son Partenaire lié par un PACS ou de son Concubin,
 - être âgés de moins de 26 ans, et sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation :
 - être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi,
 - ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel,
 - ou bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - être âgés de moins de 28 ans, être non salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé,
 - quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^{ème} anniversaire,
- Les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le Participant verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

2) Ascendants, descendants à charge :

Les ascendants, descendants à charge, tels que définis à l'article L. 313-3 du Code de la Sécurité Sociale, figurant sur la carte de Sécurité Sociale du Participant ou de son Conjoint, Partenaire lié par un PACS ou de son Concubin.

7.3.3 Affiliation des Ayants droit

Sous réserve des dispositions prévues dans l'acte mettant en place les garanties collectives dans l'Entreprise, le Participant déclare ses ayants droit à l'Institution.

Les modalités de déclaration des ayants droit varient selon que la couverture de ces derniers est obligatoire ou facultative.

Lorsque la couverture de l'ayant droit est obligatoire et que l'ayant droit du salarié est effectivement couvert par le régime de garanties, la contribution de l'employeur versée à son bénéfice est exclue de l'assiette des cotisations de sécurité sociale. En revanche, lorsque la couverture de l'ayant droit est facultative, la contribution de l'employeur versée à son bénéfice est totalement intégrée dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale.

Affiliation obligatoire des ayants droit

Lorsque la couverture des ayants droit est obligatoire, la déclaration des ayants droit s'effectue au moment de l'affiliation du Participant. Toutefois, postérieurement à celle-ci, l'Institution accepte la modification des ayants droit en cas de modification de la situation familiale du Participant (notamment naissance, décès, séparation...). Le Participant est tenu d'informer l'Adhérent et l'Institution de ces modifications.

Affiliation facultative des ayants droit

Lorsque la couverture des ayants droit est facultative, le Participant déclare à l'Adhérent et à l'Institution les ayants droit dont il entend assurer la couverture.

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

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

- à l'occasion d'une modification de la situation familiale sous réserve d'en faire la demande dans les deux mois suivant l'événement.
- 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.

7.3.4 Justificatifs à fournir

Le Participant doit joindre avec la Bulletin d'affiliation et le cas échéant le Bulletin Individuel d'Adhésion, selon sa situation :

- la copie du livret de famille,
- la copie du certificat de mariage,
- l'attestation d'engagement dans les liens d'un PACS,
- une attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux Concubins accompagnée de tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...),
- pour les personnes 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 du dernier bulletin de salaire.

Outre ces justificatifs, le Bulletin d'affiliation et le cas échéant le Bulletin Individuel d'Adhésion 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 toute autre pièce justificative.

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.

7.3.5 Date d'effet de l'affiliation des ayants droit

La garantie de l'Institution au titre des ayants droit est due :

- en cas d'affiliation obligatoire des ayants droit, à la date d'affiliation du Participant,
- en cas d'affiliation facultative des ayants droit, à la date de production de l'ensemble des pièces visées à l'article 7.3.4.

7.4 Cessation de l'affiliation

7.4.1 Cessation de l'affiliation des Participants

Sous réserve de l'application de l'article 8.1 des présentes Conditions Générales, 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 sa date de sortie des effectifs,
- soit à la date de son départ à la retraite, à l'exception des Participants reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'Adhérent,
- soit à la date d'évolution dans une Catégorie autre que celle figurant au Bulletin d'Adhésion.

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties de base obligatoires ainsi que celle des garanties complémentaires facultatives.

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

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

7.4.2 Cessation de l'affiliation des ayants droit

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

Elle cesse également :

- à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions posées à l'article 7.3.2 des présentes Conditions Générales,
- au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les ayants droit justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur et à la condition que l'acte mettant en place les garanties le prévoit,
- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le Participant demande la résiliation de l'ayant droit pour les cas d'affiliation facultative. Cette demande doit être adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de la même année par lettre recommandée. La demande adressée à l'Institution après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant, elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année.

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 facultatif.

7.5 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

Le bénéficiaire du contrat socle collectif obligatoire est maintenu au Participant dont le contrat de travail est suspendu moyennant le paiement des cotisations, s'il bénéficie :

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

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée inférieure à un mois, le contrat socle collectif obligatoire est maintenu au Participant, moyennant le paiement des cotisations.

ARTICLE 8 | Maintien du contrat socle collectif obligatoire

8.1 Maintien des garanties santé au titre de la « portabilité des droits »

Le contrat socle collectif obligatoire est maintenu au profit des anciens salariés de l'Adhérent dans les conditions définies à l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale.

Toute modification légale ou réglementaire afférente au maintien des garanties prévu à l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale est applicable de plein droit au contrat au jour de son entrée en vigueur.

À titre purement informatif, il est rappelé que, à la date de souscription du contrat, l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale prévoit les dispositions suivantes :

Bénéficiaires

Bénéficiaire du maintien du contrat socle collectif obligatoire les anciens salariés, bénéficiaires, en cette dernière qualité, desdites garanties, en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par l'assurance chômage.

Le bénéficiaire du maintien du contrat socle collectif obligatoire est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur.

Durée du maintien des garanties

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur sans pouvoir excéder douze mois.

Garanties maintenues

Sont maintenues les garanties de base obligatoires prévues au contrat, selon les mêmes conditions, modalités et exclusions que celles pratiquées à l'endroit des Participants salariés de l'Adhérent.

Les garanties de base obligatoires sont également maintenues au profit

des ayants droit du Participant lorsque, au jour de la cessation du contrat de travail de ce dernier, ils bénéficient également de ces garanties.

Les modifications apportées au contrat, ou la résiliation de celui-ci, sont opposables au Participant bénéficiaire du maintien de garanties et à ses ayants droit.

Obligations de l'Adhérent

L'Adhérent informe l'Institution de la cessation du contrat de travail des Participants.

Il informe également les Participants, dans le certificat de travail, du droit au maintien du contrat socle collectif obligatoire.

Justificatifs

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

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

Financement

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de maintien de garanties sont couverts **sans paiement de cotisations** après la cessation de leur contrat de travail.

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

Dans le cadre du contrat socle collectif obligatoire, peuvent continuer à bénéficier de garanties santé à titre individuel, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, les personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une prestation d'incapacité, d'invalidité ou d'une allocation de chômage, de préretraite ou de retraite sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties.
- les personnes garanties du chef du Participant décédé sous réserve que la demande en soit faite dans les six mois suivant le décès. Dans ce dernier cas, le maintien des garanties est effectif pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès.

Il appartient à l'Institution d'informer les bénéficiaires de ce droit au maintien des garanties. Il appartient à l'Adhérent d'informer l'Institution de la rupture du contrat de travail du Participant ou du décès de celui-ci.

Lorsque l'Institution a été informée de l'un ou l'autre de ces événements, elle adresse au bénéficiaire du maintien des garanties de santé prévu à l'article 4 de la loi Évin du 31 décembre 1989, une proposition de maintien de la couverture dans un délai de deux mois à compter de la rupture du contrat de travail, de la fin de la période du maintien des garanties prévu à l'article 8.1 des présentes Conditions Générales ou du décès du Participant.

Toute modification légale ou réglementaire afférente au maintien des garanties prévu à l'article 4 de la loi Évin du 31 décembre 1989 est applicable de plein droit au présent contrat au jour de son entrée en vigueur.

► ARTICLE 9 | Cotisations afférentes aux garanties de base obligatoires

9.1 Assiette et montant des cotisations

9.1.1 Les cotisations annuelles sont fixées en fonction : de la structure de cotisations, des garanties souscrites, de la situation géographique de l'Entreprise, de l'âge moyen de la catégorie de personnel désignée au Bulletin d'Adhésion, du régime de cotisations applicable et des dispositions réglementaires et des bases de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur.

La cotisation est exprimée en pourcentage du Plafond annuel de la Sécurité Sociale.

La cotisation afférente aux garanties de base obligatoires prévues par le contrat est définie dans le Bulletin d'Adhésion.

La structure des cotisations, au titre du contrat socle collectif obligatoire, peut être une structure Tarif Unique, Tarif Adulte/Enfant ou Tarif Isolé/Famille. Elle définit les bénéficiaires pouvant être garantis.

Dans le cadre de la Structure Tarif Unique :

La cotisation « Unique » est due par tous les Participants quelle que soit leur situation matrimoniale et de famille. Elle est identique pour chacun. Elle permet la couverture du Participant et de ses éventuels ayants droit.

Dans le cadre de la Structure Tarif Adulte / Enfant :

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le Participant et de la communication à l'Institution des justificatifs visés à l'article 7.3.4, soit :

- Cotisation « Adulte » :
 - le Participant,
 - son conjoint, son partenaire lié par un PACS ou son concubin,
 - l'(les) ascendant(s) à charge,

tels que définis aux articles 2 et 7.3.2.

- Cotisation « Enfant » :
 - l'(les) enfant(s) à charge,
 - le(s) descendant(s)

tels que définis à l'article 7.3.2.

La cotisation « Enfant » est gratuite à compter du 3^{ème} enfant affilié.

Dans le cadre de la Structure Tarif Isolé / Famille :

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le Participant et de la communication à l'Institution des justificatifs visés à l'article 7.3.4 des Conditions Générales.

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

9.1.2 Pour les Participants dont l'affiliation au contrat socle collectif obligatoire prend effet ou cesse en cours d'année, le montant des cotisations est calculé prorata temporis de leur durée d'appartenance à la Catégorie visée au Bulletin d'Adhésion.

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

9.2 Paiement des cotisations

9.2.1 Les cotisations sont recouvrées, selon le choix effectué par l'Adhérent sur son Bulletin d'Adhésion et selon l'acte juridique de mise en place du régime. Elle peut être notamment trimestriellement à terme échu.

Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

9.2.2 La répartition du coût des cotisations entre l'Adhérent et les Participants est fixée par l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'Entreprise.

Toutefois, l'Adhérent 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.

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

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

9.3 Défaut de paiement des cotisations

Conformément à l'article L. 932-9 du Code de la sécurité sociale, à défaut de paiement d'une seule des cotisations 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'Adhérent. 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 l'adhésion sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard mentionnées à l'article 9.2.3.

L'Institution se réserve le droit d'informer directement les Participants de la défaillance de l'Adhérent.

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

La résiliation du contrat socle collectif obligatoire emporte la résiliation du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

9.4 Indexation des cotisations

Les cotisations exprimées forfaitairement sont obligatoirement indexées au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de la dernière évolution annuelle de l'indice de la Consommation Médicale Totale (CMT) hors hospitalisation, connue.

L'indexation est annuelle et automatique. Elle s'impose à l'Adhérent sans qu'il soit besoin d'établir un avenant au contrat.

► ARTICLE 10 | Révision des cotisations afférentes au contrat socle collectif obligatoire

10.1 Révision annuelle des cotisations

Les cotisations sont réexaminées par l'Institution en fin d'exercice et peuvent être modifiées en fonction des résultats du contrat ou des évolutions législatives et réglementaires.

La révision des cotisations doit être notifiée à l'Adhérent, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. Elle prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivante.

En cas de désaccord, l'Adhérent doit en aviser l'Institution au plus tard le 30 novembre de l'année en cours. Ce refus entraîne la résiliation au 31 décembre de la même année.

A défaut de désaccord exprimé au 30 novembre, l'Adhérent est réputé avoir accepté la révision des cotisations.

10.2 Révisions en cours d'exécution

Les cotisations et/ou les garanties peuvent également être modifiées à tout moment par l'Institution en fonction notamment de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité Sociale, suite par exemple à des mesures de désengagement ou des modifications des Bases de remboursement et à la fiscalité.

La révision des cotisations et/ou de garanties doit alors être notifiée à l'Adhérent, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard deux mois avant la date de prise d'effet dudit changement.

En cas de désaccord, l'Adhérent doit en aviser l'Institution un mois avant la date de prise d'effet. Le contrat est résilié à compter du dernier jour précédent la prise d'effet de la modification proposée.

A défaut de désaccord exprimé, l'Adhérent est réputé avoir accepté ladite modification.

Toute taxe, cotisation ou contribution venant grever les cotisations et dont la récupération ne sera pas interdite viendra majorer les cotisations prévues au Bulletin d'Adhésion à compter de leur date d'entrée en vigueur.

10.3 Modification du périmètre

L'Adhérent s'engage à informer l'Institution de toutes modifications relatives au périmètre démographique des salariés et anciens salariés ayant servi à l'appréciation du risque par l'Institution.

L'Institution pourra, en fonction de ce nouveau périmètre, procéder à la révision des cotisations ou à la modification des prestations proportionnellement à ce qu'aurait dû être le montant des cotisations par rapport au nouveau périmètre.

La modification sera notifiée à l'Adhérent, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard deux mois avant la prise d'effet du dit changement. En cas de désaccord, l'Adhérent doit en aviser l'Institution un mois avant la prise d'effet. Le contrat est alors résilié au dernier jour précédent la prise d'effet de la modification.

A défaut de désaccord exprimé, l'Adhérent est réputé avoir accepté ladite modification.

TROISIÈME PARTIE

CONTRAT SURCOMPLÉMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF

ARTICLE 11 | Objet

Le contrat surcomplémentaire collectif facultatif satisfait aux conditions du Contrat Solidaire. En revanche, il peut, selon les formules souscrites, ne pas satisfaire aux conditions du Contrat responsable prévues en application des articles L. 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. L'Institution informe l'Adhérent, avant la souscription du contrat surcomplémentaire collectif facultatif, du respect ou non par ces dernières des dispositions des articles L. 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

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

La souscription du contrat surcomplémentaire collectif facultatif est autorisée ou refusée par l'Adhérent lors de la signature du Bulletin d'Adhésion par l'Adhérent. En cas d'autorisation, elle est laissée à l'appréciation de chaque Participant qui, individuellement, et dans les conditions prévues aux articles 12 et suivants, fait part de sa volonté de bénéficier de cette couverture complémentaire.

ARTICLE 12 | Prise d'effet – durée - renouvellement

Seuls peuvent souscrire au contrat surcomplémentaire collectif facultatif les adhérents au contrat socle collectif obligatoire.

La souscription du contrat surcomplémentaire collectif facultatif peut intervenir en même temps que la souscription du contrat socle collectif obligatoire. Elle peut également être réalisée postérieurement à celle-ci, en cours d'exécution du contrat socle collectif obligatoire.

La souscription du contrat surcomplémentaire collectif facultatif nécessite l'expression d'un consentement exprès, distincte de l'expression du consentement à la souscription du contrat socle collectif obligatoire, de l'Adhérent et de l'Institution.

Les deux adhésions se réalisent au moyen de bulletins d'adhésions différents.

La souscription du contrat surcomplémentaire collectif facultatif prend effet à la date indiquée au Bulletin d'Adhésion, après acceptation par l'Institution, pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

Le contrat surcomplémentaire collectif facultatif est renouvelé par tacite reconduction à chaque échéance, sauf dénonciation du contrat, par l'une des parties, effectuée par lettre recommandée et moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

La dénonciation doit être adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la Poste faisant foi. Elle ne prend effet qu'au 31 décembre de la même année.

La dénonciation du contrat socle collectif obligatoire emporte nécessairement la dénonciation du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

ARTICLE 13 | Personnes couvertes au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif

L'Adhérent définit avec l'Institution la ou les catégories de personnes auxquelles est proposée l'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif facultatif. Cette ou ces catégories de personnes sont nécessairement des Participants au titre du contrat socle collectif obligatoire. Elles sont désignées dans le Bulletin d'Adhésion.

ARTICLE 14 | Obligations de l'Adhérent au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif

14.1 Obligations déclaratives et d'information

Dans la mesure où les informations n'ont pas été communiquées à l'Institution en application de l'article 6 des présentes Conditions Générales, l'Adhérent s'engage à :

- Communiquer à l'Institution la ou les catégories de personnes physiques dont elle souhaite assurer la couverture au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

Le choix et la définition de cette ou ces catégories incombe à l'Adhérent.

- Répondre exactement aux questions de l'Institution relatives à la ou les catégories de personnes physiques que l'Adhérent envisage de garantir au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif. Doivent être notamment fournies les caractéristiques socio-démographiques de la catégorie.
- Communiquer à l'Institution le Bulletin Individuel d'Adhésion visé à l'article 15.3 dûment renseigné par chaque Participant qui souhaite adhérer individuellement au contrat surcomplémentaire collectif facultatif, accompagné des pièces justificatives visées à l'article 7.3.4, dans un délai de trente jours suivant sa signature par le Participant.
- Déclarer à l'Institution toute personne physique travaillant pour l'Adhérent qui, au cours du contrat, entre dans la ou les catégories définies au Bulletin d'Adhésion et qui souhaite adhérer à titre individuel au contrat surcomplémentaire collectif facultatif.
- Déclarer à l'Institution tout Participant qui, au cours du contrat, quitte l'Entreprise, ou sort de la ou les catégories de salariés définies au Bulletin d'Adhésion notamment suite à une évolution dans une autre catégorie de salariés. L'Adhérent précise la date et le motif du départ ou de l'évolution. La déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'Entreprise ou du changement de catégorie.
- Déclarer à l'Institution tout Participant dont le contrat de travail est suspendu et qui ne pourrait bénéficier du maintien de son adhésion au présent contrat en application de l'article 15.7.
- Communiquer annuellement à l'Institution, au plus tard le 31 janvier de l'année N + 1, un état nominatif annuel des salaires par voie dématérialisée.

Les garanties sont accordées et les cotisations sont calculées sur la base des déclarations faites par l'Adhérent. Aussi, l'Institution se réserve la possibilité de réclamer des dommages-intérêts et/ou de prononcer la résiliation du contrat en cas d'inexactitude ou de manquement par l'Adhérent ou par le Participant à l'une des obligations énoncées ci-dessus. A défaut de com-

munication des documents demandés, la résiliation intervient à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi d'une mise en demeure par l'Institution.

14.2 Information des Participants

L'Adhérent reconnaît avoir été informé par l'Institution des obligations qui lui incombent en vertu des dispositions de l'article L. 932-6 du Code de la Sécurité Sociale, en sa qualité de souscripteur d'un contrat de prévoyance collective.

Conformément à ces dispositions, l'Adhérent s'engage à remettre à chaque Participant la notice d'information qui lui a été communiquée par l'Institution.

L'Adhérent s'engage à porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications des garanties, notamment en leur remettant l'addenda modificatif de ladite notice ou la nouvelle notice d'information rédigée par l'Institution.

L'Adhérent est seul responsable à l'égard du Participant en l'absence de remise de la notice d'information ou de l'addenda modificatif à celle-ci.

ARTICLE 15 | Adhésion individuelle des personnes au contrat surcomplémentaire collectif facultatif

15.1 Conditions de l'adhésion individuelle

Le contrat permet à chaque personne appartenant à la ou les catégories définies au Bulletin d'Adhésion, qui le souhaite, de bénéficier des garanties prévues dans la présente partie des conditions générales, moyennant le paiement des cotisations prévues à l'article 17.

15.2 Modalités de l'adhésion individuelle

15.2.1 Adhésion lors de la souscription du contrat surcomplémentaire collectif facultatif par l'Adhérent

Le Participant présent dans les effectifs de l'Adhérent à la date d'effet du contrat surcomplémentaire collectif facultatif et souhaitant bénéficier de celles-ci doit en faire la demande dans un délai de trois mois à compter de la date d'effet de la souscription du contrat par l'Adhérent. Le Participant accède à l'intégralité des formules complémentaires du régime de garanties proposé par l'Adhérent et opte pour la formule de son choix sur le Bulletin Individuel d'Adhésion.

Sous réserve des dispositions de l'article 15.3, l'adhésion individuelle produit ses effets à compter de la date d'effet du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

15.2.2 Adhésion du Participant nouvellement embauché ou entré dans la catégorie de personnel assuré

Le Participant nouvellement embauché par l'Adhérent ou nouvellement entré dans la catégorie de personnel assuré peut formuler sa demande d'adhésion individuelle au contrat surcomplémentaire collectif facultatif dans un délai de trois mois suivant sa date d'entrée dans les effectifs de l'Adhérent ou sa date d'évolution dans la catégorie de personnel assuré visée au Bulletin d'Adhésion. Le Participant accède à l'intégralité des formules complémentaires du régime de garanties proposé par l'Adhérent et opte pour la formule de son choix sur le Bulletin Individuel d'Adhésion.

Sous réserve des dispositions de l'article 15.3, l'adhésion individuelle produit ses effets à compter du premier jour du premier mois civil suivant

la date de la demande.

15.2.3 Adhésion postérieure à la souscription des garanties surcomplémentaires facultatives par l'Adhérent

En dehors des cas visés aux articles 15.2.1 et 15.2.2, les personnes visées à l'article 13 peuvent adhérer au contrat surcomplémentaire collectif facultatif chaque 1^{er} janvier sous réserve que la demande soit formulée au plus tard le 31 octobre de l'année précédente. Le Participant pourra opter pour la formule directement supérieure à la Garantie de base obligatoire souscrite par l'Adhérent au titre du contrat socle collectif obligatoire.

Le Participant pourra, par dérogation aux dispositions ci-dessus, adhérer à tout moment en cas de modification de sa situation familiale, sous réserve qu'il en fasse la demande dans les deux mois qui suivent l'évènement. Sous réserve des dispositions de l'article 15.3, l'adhésion individuelle prend effet le 1^{er} jour du premier mois civil suivant la demande. Le Participant accède à l'intégralité des formules complémentaires du régime de garanties proposé par l'Adhérent et opte pour la formule de son choix sur le Bulletin Individuel d'Adhésion.

15.3 Date d'effet de l'adhésion individuelle

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

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

15.4 Bénéficiaires

15.4.1. Couverture des ayants droit

Si l'Adhérent a souscrit le contrat surcomplémentaire collectif facultatif, les bénéficiaires au titre de ce contrat doivent être identiques, en tout état de cause, à ceux affiliés au contrat socle collectif obligatoire.

15.4.2. Définition des Ayants droit

Sont applicables, au contrat surcomplémentaire collectif facultatif, les dispositions de l'article 7.3.2 des présentes Conditions Générales.

15.4.3 Affiliation des Ayants droit

Sont applicables au contrat surcomplémentaire collectif facultatif, les dispositions de l'article 7.3.3 des présentes Conditions Générales.

15.4.4. Modalités d'affiliation des Ayants droit

Sont applicables au contrat surcomplémentaire collectif facultatif, les dispositions de l'article 7.3.4 et 7.3.3 des présentes Conditions Générales.

15.5 Choix des Garanties surcomplémentaires facultatives

15.5.1. Choix à l'adhésion

Si l'Adhérent souscrit le contrat surcomplémentaire collectif facultatif, il choisit le régime de garanties destiné à couvrir la catégorie assurée.

Ce choix est opéré en accord avec l'Institution selon la formule de garanties choisie au titre du contrat socle collectif obligatoire.

Le régime de garanties souscrit peut prévoir différentes formules alternatives 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 Individuel d'Adhésion.

15.5.2. Changement de formule (si le régime souscrit en prévoit)

Par l'Adhérent :

L'Adhérent peut modifier ses garanties surcomplémentaires facultatives en souscrivant une ou plusieurs formules supplémentaires. Cette modification peut être effectuée chaque 1^{er} janvier sous réserve que l'Adhérent en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 31 octobre de l'année précédente. **En tout état de cause, l'Adhérent ne peut supprimer des formules précédemment souscrites.**

Par le Participant :

Le Participant peut changer de formule, vers une formule directement supérieure ou inférieure à celle dont il bénéficie, pour lui et l'ensemble des bénéficiaires garantis par son intermédiaire, dans les conditions suivantes :

- Tous les deux ans pourvu qu'il en fasse la demande avant le 31 octobre de l'année précédant la date d'effet du changement. Le changement de formule prend effet au 1^{er} janvier de l'année suivante ;
- En cas de modification des garanties offertes par le contrat socle collectif obligatoire liée aux évolutions réglementaires et législatives relatives à la couverture minimale de l'article L 911-7 du Code de la Sécurité sociale et au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire ou en cas de modification du contrat socle collectif obligatoire à l'initiative de l'Institution, sous réserve que le Participant en fasse la demande auprès de l'Institution dans les deux mois qui suivent la modification de ces garanties. Le changement de formule prend effet le 1^{er} jour du mois civil qui suit la demande ;
- En cas de modification de sa situation familiale (mariage, divorce, signature d'un PACS, concubinage, naissance ou adoption d'un enfant, absence d'enfant à charge, décès du conjoint, du partenaire pacsé, du concubin ou d'un enfant...), sous réserve que le Participant en fasse la demande dans les deux mois qui suivent l'évènement. Le changement de formule prend effet le 1^{er} jour du premier mois civil suivant la demande et sous réserve de la fourniture des justificatifs visés à l'article 7.3.4.

15.6 Durée, renouvellement et cessation de l'adhésion individuelle

15.6.1 Durée et renouvellement de l'adhésion individuelle du Participant

L'adhésion individuelle 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 à l'article 15.6.2.

15.6.2 Cessation de l'adhésion individuelle du Participant

Sous réserve de l'application de l'article 16.1 des présentes Conditions Générales, l'adhésion individuelle 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 définie au Bulletin d'Adhésion, en application de l'article 13 des présentes Conditions Générales.

L'adhésion individuelle du Participant peut également cesser :

■ à la demande du Participant :

- au 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec avis de réception, 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 dans les conditions prévues à l'article 10.

La dénonciation par le Participant de son adhésion individuelle n'est pas définitive de telle sorte qu'il pourra formuler une nouvelle demande d'adhésion individuelle au contrat surcomplémentaire collectif facultatif :

- chaque 1^{er} janvier sous réserve d'en faire la demande auprès de l'Institution avant le 31 octobre de l'année précédente.
- en cas de changement dans sa situation familiale du Participant, sous réserve d'en faire la demande dans les deux mois suivant l'évènement. L'adhésion individuelle prend effet au 1^{er} jour du mois civil suivant la date de la demande.

En cas de nouvelle adhésion individuelle du Participant au contrat surcomplémentaire collectif facultatif, selon les modalités définies ci-dessus, il bénéficie uniquement, de la formule directement supérieure à celle choisie par l'Adhérent au titre du contrat socle collectif obligatoire.

■ à la demande de l'Institution :

- en cas de non paiement des cotisations, selon les dispositions prévues à l'article 9.3.
- en cas de non acceptation par le Participant des propositions de révisions des cotisations formulées par l'Institution, selon les dispositions prévues à l'article 10. L'Institution procédera alors, de plein droit, à la résiliation de l'adhésion individuelle du Participant au dernier jour précédant la date de prise d'effet dudit changement.

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 adhésion individuelle à remettre à l'Adhérent sa carte de tiers payant. L'Adhérent doit la retourner à l'Institution.

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

15.6.3 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 l'article 7.3.2 des présentes Conditions Générales,
- 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 du Bénéficiaire 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.

15.7 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

Le bénéfice du contrat surcomplémentaire collectif facultatif est maintenu au Participant dont le contrat de travail est suspendu moyennant le paiement des cotisations, s'il bénéficie :

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

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

➤ ARTICLE 16 | Maintien du contrat surcomplémentaire collectif facultatif

16.1 Maintien des garanties santé au titre de la portabilité des droits

Les dispositions de l'article 8.1 des présentes Conditions Générales sont applicables, dans les mêmes conditions, au contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

16.2 Maintien des garanties Santé facultatives

Sous réserve d'en faire la demande à l'Institution, les Participants peuvent continuer à bénéficier de garanties Frais de Santé à titre individuel, y compris au terme du maintien prévu à l'article 8.1, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, dans les cas suivants :

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

16.3 Exclusion de tout autre dispositif de maintien des garanties Santé

Les Participants ou leurs ayants droit ne bénéficient d'aucun autre dispositif de maintien des garanties Santé du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

➤ ARTICLE 17 | Cotisations afférentes au contrat surcomplémentaire collectif facultatif

Les cotisations sont recouvrées selon la périodicité indiquée au Bulletin d'Adhésion. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

Les cotisations annuelles sont fixées en fonction : de la structure de cotisations, des garanties souscrites, de la situation géographique de l'Entreprise, de l'âge moyen de la catégorie de personnel désignée au Bulletin d'Adhésion, du régime de cotisations applicable, des dispositions réglementaires et des bases de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur.

La cotisation est exprimée en pourcentage du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale. Elle est définie sur le Bulletin d'Adhésion de l'Adhérent.

La structure de cotisations, au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif, est la structure Tarif Adulte / Enfant telle que définie à l'article 9.1.1.

Les bénéficiaires sont ceux pour lesquels une cotisation est versée par le Participant sous réserve de la communication à l'Institution des justificatifs visés à l'article 7.3.4. Ils doivent, si le Participant entend assurer leur couverture, être identiques, en tout état de cause à ceux affiliés au contrat socle collectif obligatoire.

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

■ soit auprès de l'Adhérent :

Dans ce cas, les cotisations sont recouvrées selon les dispositions de l'article 9.

■ soit auprès du Participant :

Dans ce cas, les cotisations seront recouvrées dans les conditions définies sur le Bulletin Individuel d'Adhésion.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'Adhérent 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 ci-dessous.

Défaut de paiement des cotisations

Lorsque l'appel des cotisations est effectué auprès de l'Adhérent (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, 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'Adhérent.

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 précédemment.

L'Institution se réserve le droit d'informer directement les Participants de la défaillance de l'Adhérent.

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

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

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

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.

➤ ARTICLE 18 | Révision des cotisations afférentes au contrat surcomplémentaire collectif facultatif

Sous réserve de l'application des dispositions de l'article 15.5.2, les dispositions de l'article 10 des présentes Conditions Générales sont applicables au contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS COMMUNES AU DEUX CONTRATS

➤ ARTICLE 19 | Champ d'application

Les dispositions suivantes sont applicables, sauf stipulation contraire, aux relations contractuelles constituées au titre du contrat socle collectif obligatoire et à celles constituées au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

➤ ARTICLE 20 | Résiliation du ou des contrats

Outre le cas de la dénonciation annuelle décrite aux articles 5 et 12 et de la résiliation intervenant à l'occasion de la modification du ou des contrats souscrits, ils peuvent être résiliés dans les cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

20.1 Non-paiement des cotisations

En cas de défaut de paiement des cotisations par l'Adhérent, les contrats pourront être résiliés selon les conditions définies aux articles 9.3, pour le contrat socle collectif obligatoire, et 17, pour le contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

20.2 Fausse déclaration

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'Adhérent ou d'un Participant susceptible de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion pour l'Institution, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Adhérent ou par un Participant a été sans influence sur la réalisation du risque, les garanties du ou des contrats sont annulées de plein droit.

Les cotisations demeurent acquises à l'Institution et les prestations versées feront l'objet d'un remboursement par le Participant.

20.3 Redressement, liquidation judiciaire ou procédure de sauvegarde de l'Adhérent

Conformément à l'article L. 932-10 du code de la Sécurité Sociale, en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde de

l'Adhérent, la résiliation du contrat socle collectif obligatoire et/ou du contrat surcomplémentaire collectif facultatif, s'il a été souscrit, peut être décidée par l'Institution dans un délai de 3 mois à compter de la date du jugement d'ouverture de la procédure.

La résiliation prendra effet 10 jours après la réception ou la première présentation du courrier recommandé informant de celle-ci.

20.4 Effet de la résiliation ou du non-renouvellement du ou des contrats

20.4.1 Vis-à-vis de l'Adhérent

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du ou des contrats, l'Adhérent n'a aucun droit à faire valoir sur le patrimoine de l'Institution et sur ses différents fonds de réserve.

L'Adhérent reste tenu de payer l'intégralité des cotisations dues, des intérêts de retard et des différents frais y afférents.

Tout paiement de cotisation après la résiliation du ou des contrats, qu'il soit total ou partiel, ne constituera qu'une régularisation du compte entre les parties et ne pourra, sauf demande expresse de l'Adhérent acceptée par courrier de l'Institution, constituer un renouvellement tacite du contrat et par conséquent une remise en vigueur des garanties.

20.4.2 Vis-à-vis du Participant ou de ses ayants droit

La résiliation ou le non-renouvellement du ou des contrats 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 31.3 des présentes Conditions Générales.

20.4.3 Effet sur le contrat surcomplémentaire collectif facultatif

La résiliation ou le non renouvellement du contrat socle collectif obligatoire emporte nécessairement la résiliation ou le non renouvellement du contrat surcomplémentaire collectif facultatif défini dans la troisième partie des présentes Conditions Générales.

Néanmoins, l'Institution peut prononcer, conformément aux dispositions du présent article, la seule résiliation du contrat surcomplémentaire

collectif facultatif. Le contrat socle collectif obligatoire demeure alors en vigueur.

➤ ARTICLE 21 | Recours - prescription

21.1 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.

21.2 Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Lorsque l'action de l'Adhérent ou des Bénéficiaires contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou les Bénéficiaires concernés ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Institution à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le Participant ou le Bénéficiaire en ce qui concerne le règlement de la prestation.

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

➤ ARTICLE 23 | Entreprise filiale adhérente

23.1 Après l'accord de l'Institution, les Entreprises qui entretiennent des liens capitalistiques avec l'Adhérent peuvent adhérer, au profit de leur personnel, au(x) contrat(s) souscrit(s), dans les conditions de garanties et de cotisations appliquées à l'Adhérent.

L'Institution pourra réviser les cotisations conformément aux dispositions mentionnées aux articles 10 et 18.

L'adhésion est constatée par un avenant d'adhésion ou bulletin d'adhésion. Elle prend effet à la date qui y figure.

23.2 Lorsque l'adhésion prend effet, ladite Entreprise acquiert la qualité d'Entreprise Filiale Adhérente. Toutes les dispositions du présent contrat lui sont, alors, applicables.

23.3 L'Adhérent reste en sa qualité de souscripteur du contrat principal auprès de l'Institution, le seul interlocuteur direct de l'Institution.

23.4 L'adhésion des Entreprises Filiales Adhérentes étant indissociable et indivisible de l'adhésion de l'Adhérent, la résiliation du contrat avec celui-ci entraîne la résiliation de tous les avenants d'adhésion ou bulletins d'adhésion.

➤ ARTICLE 24 | Réclamations – médiation

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

HUMANIS Prévoyance
Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45 777 SARAN Cedex
Tél. (appel non surtaxé) : numéro mentionné
sur les correspondances adressées par votre
centre de gestion

A compter de la réception de la réclamation, l'Institution apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés.

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

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

Médiateur du CTIP
10 rue Cambacérés - 75008 PARIS
Tél : 01 42 66 68 49
www.ctip.asso.fr

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

➤ ARTICLE 25 | Contrôle de l'Institution

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

➤ ARTICLE 26 | Dispositions diverses

26.1 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.

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

26.2 Loi Informatique et Libertés

Chacune des parties s'engage envers l'autre à effectuer les formalités qui lui incombent, en vertu des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 complétée par la loi du 6 août 2004, en cas de mise en œuvre de traitements automatisés d'informations nominatives et notamment, la déclaration du traitement, préalablement à sa mise en œuvre, à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et l'information des personnes concernées par le traitement.

Les données nominatives sont destinées aux différents services de l'Institution et le cas échéant à ses mandataires, ses réassureurs ou aux organismes professionnels concernés par le contrat.

Le Participant ou le cas échéant les Bénéficiaires peuvent demander communication, rectification ou suppression de données les concernant en adressant un courrier par lettre simple auprès de Humanis Prévoyance :

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

26.3 Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle et constituent le contrat :

- les présentes Conditions Générales de manière distributive pour le contrat socle collectif obligatoire et pour le contrat surcomplémentaire collectif facultatif,
- les Bulletins d'Adhésion,
- les avenants, les lettres-avenants et les avenants d'adhésion.

En cas de contradiction entre les dispositions du Bulletin d'Adhésion et celles des Conditions Générales, ce sont celles qui figurent sur le Bulletin d'Adhésion qui l'emportent.

Les titres des articles du Contrat n'ont qu'une valeur classificatoire.

Les contrats expriment l'intégralité des accords conclus entre les parties. Ils prévalent sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet du contrat.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions de ce contrat serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité, réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du contrat.

CINQUIÈME PARTIE

DÉFINITION DES GARANTIES

ARTICLE 27 | Champ d'application

Les dispositions suivantes sont applicables, sauf stipulation contraire, aux relations contractuelles constituées au titre du contrat socle collectif obligatoire et à celles constituées, s'il a été souscrit, au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

ARTICLE 28 | Garanties frais de santé

28.1 Objet et conditions des garanties

Les garanties répondent aux conditions définies par décret en application de l'article L 911-7 du Code de la Sécurité sociale.

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'exclusion des risques mentionnés à l'article 29 et des frais non pris en charge visés à l'article 3.

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 au tableau de garanties figurant en annexe des présentes Conditions Générales.

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. En tout état de cause, le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un PACS du Participant ayant souscrit par ailleurs en propre un contrat frais de santé auprès d'un autre organisme assureur doit adresser en premier lieu ses demandes de remboursement ou d'indemnisation à ce dernier.

Les dépassements d'honoraires des professionnels de santé spécialistes et généralistes, hors parcours de soins, sont réduits dans les mêmes conditions quel que soit le secteur conventionnel d'exercice.

Lorsque ces mêmes professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et non signataires du contrat d'accès aux soins, la base de remboursement retenue pour le calcul de la prise en charge du dépassement d'honoraires pratiqué est celle du tarif d'autorité.

Les prestations de la garantie souscrite sont exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale, selon les dispositions figurant en annexe des présentes Conditions Générales. Donnent lieu à remboursement les frais suivants, selon les formules effectivement souscrites, prévus au tableau de garanties figurant dans les présentes

Conditions Générales. **Dès lors que le remboursement de l'Institution est plafonné, la limite doit s'entendre par an et par Bénéficiaire sauf dispositions spécifiques figurant au tableau des garanties.**

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

- Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste ayant signé ou non le contrat d'accès aux soins,
- Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement,
- Petite chirurgie et actes de spécialité réalisés par un spécialiste ayant signé ou non le contrat d'accès aux soins,
- Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie réalisés par un médecin ayant signé ou non le contrat d'accès aux soins,
- Transport pris en charge par la Sécurité Sociale,
- Biologie médicale,
- Prothèses auditives, Piles et entretien de la prothèse auditive,
- Appareillage (y compris prothèses capillaires et mammaires prises en charge par la Sécurité sociale),
- Forfait pour acte lourd.

Pharmacie :

- Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale

Frais d'hospitalisation en secteur 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 frais d'accompagnement, la prise en charge est limitée à :
 - 365 jours,
 - 180 jours en cas de séjour en psychiatrie.

À l'expiration de cette période de 365 jours ou 180 jours, le bénéficiaire ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des prestations qu'après une interruption d'hospitalisation entre 2 séjours supérieure à 90 jours continus et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.

- **Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations chirurgicales ou médicales :**
 - Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques).
 - Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin ayant signé ou non le contrat d'accès aux soins.
 - Frais de chambre particulière (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**).

- Forfait hospitalier versé sans limitation de durée.
- Forfait ambulatoire.
- Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de moins de 12 ans bénéficiaire du contrat (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**). Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».
- Forfait pour acte lourd.

Maternité et adoption :

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

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

Elle est doublée en cas de naissance 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.

Frais dentaire :

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

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 tous les deux ans, période réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.

Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement (ou du premier élément de l'équipement, verres ou monture) par le Participant.

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

Prévention :

- **Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac** (médicaments d'aide à l'arrêt du tabac recommandés par la Haute Autorité de Santé, hors cigarette électronique).

- Médecine douce :

Par dérogation à l'article 29 - Risques exclus, peuvent être pris en charge les actes effectués par les praticiens listés dans le tableau de garanties figurant dans les présentes Conditions Générales.

Les actes doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat, inscrits 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.

28.2 Soins engagés à l'étranger

L'Institution garantit les actes et frais de soins engagés 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.

28.2.1 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.

Les présentes Conditions Générales ne couvrent pas les salariés expatriés.

28.2.2 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.

ARTICLE 29 | Risques exclus

Ne donnent pas lieu aux garanties définies à l'article 16 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.

SIXIÈME PARTIE

VERSEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 30 | Champ d'application

Les dispositions suivantes sont applicables, sauf stipulation contraire, aux relations contractuelles constituées au titre du contrat socle collectif obligatoire et à celles constituées, s'il a été souscrit, au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

ARTICLE 31 | Modalités de versement des prestations

31.1 Services de Tiers Payant

L'Institution met à la disposition des Bénéficiaires un service de dispense d'avance de frais dans la limite des remboursements prévus au(x) tableau(x) de garanties figurant en annexe.

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 figurant en annexe.

31.2 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 ou des contrats.

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

31.3 Demandes de Remboursement

■ **Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-dessous doivent être produites à l'Institution dans un délai maximum de deux ans suivant la survenance des soins ou du décès par le Bénéficiaire. A défaut, le Bénéficiaire se voit opposer la prescription visée à l'article 22.2.**

■ Les Bénéficiaires et l'Adhérent sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'Institution les

déclarations et pièces justificatives listées ci-après.

L'Institution se réserve le droit de demander au Participant toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment des spécificités des garanties souscrites.

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

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

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

Les justificatifs à fournir par le Bénéficiaire pour ses demandes de remboursement sont détaillés ci-après. Tout document relatif à l'état de santé du Bénéficiaire est protégé par le secret médical et pourra être adressé sous pli au Médecin Conseil de l'Institution.

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

Bénéficiaire NOÉMIE	
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
Médecine douce	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)
Optique • Traitements chirurgicaux des troubles visuels	Facture détaillée et acquittée En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : - 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 Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré
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	
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.

ANNEXE – GARANTIES

GARANTIES DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE

Les prestations exprimées en pourcentage de la BR s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité Sociale. Les forfaits exprimés en euros sont complémentaires aux éventuelles prestations versées au titre du régime de base de la Sécurité Sociale.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais effectivement supportés par le Participant.

	Formule 1	Formule 2*	Formule 3*	Formule 4*
Cette formule respecte le cahier des charges du contrat responsable	•	•	•	•
SOINS DE VILLE (secteur conventionné et non conventionné)				
Consultations et visites généralistes et spécialistes - Signataire CAS ⁽¹⁾	100% BR	125% BR	150% BR	225% BR
Consultations et visites généralistes et spécialistes - Non Signataire CAS ⁽¹⁾	100% BR	105% BR	130% BR	200% BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataire CAS ⁽¹⁾	100% BR	125% BR	150% BR	225% BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non Signataire CAS ⁽¹⁾	100% BR	105% BR	130% BR	200% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	125% BR	150% BR	225% BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataire CAS ⁽¹⁾	100% BR	125% BR	150% BR	225% BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non Signataire CAS ⁽¹⁾	100% BR	105% BR	130% BR	200% BR
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100% BR	125% BR	150% BR	225% BR
Biologie médicale	100% BR	125% BR	150% BR	225% BR
Appareillage (y compris prothèses capillaires et mammaires remboursées par la Sécurité sociale)	100% BR	125% BR	150% BR	225% BR
Prothèse auditive, piles et entretien de la prothèse remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Forfait supplémentaire prothèse auditive (par an et par personne protégée)	-	-	-	-
Forfait "18€" pour acte lourd	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
PHARMACIE				
Pharmacie remboursée à 100% par la Sécurité sociale ⁽²⁾	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie remboursée à 65% par la Sécurité sociale ⁽²⁾	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie remboursée à 30% par la Sécurité sociale ⁽²⁾	30% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie remboursée à 15% par la Sécurité sociale ⁽²⁾	15% BR	100% BR	100% BR	100% BR
FRAIS D'HOSPITALISATION (y compris maternité) (établissements conventionnés et non conventionnés)				
Honoraires ⁽³⁾ - Signataire CAS ⁽¹⁾	100% BR	125% BR	150% BR	225% BR
Honoraires ⁽³⁾ - Non Signataire CAS ⁽¹⁾	100% BR	105% BR	130% BR	200% BR
Frais de séjour ⁽³⁾	100% BR	125% BR	150% BR	225% BR
Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière (par jour et par personne protégée) ⁽³⁾	-	40 €	60 €	80 €

	Formule 1	Formule 2*	Formule 3*	Formule 4*
(suite)				
Forfait ambulatoire (par jour et par personne protégée) ⁽³⁾	-	25 €	35 €	45 €
Frais d'accompagnement d'un enfant de - de 12 ans (par jour et par personne protégée) ⁽³⁾	-	15 €	25 €	35 €
Forfait "18€" pour acte lourd ⁽³⁾	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
MATERNITE ET ADOPTION				
Allocation naissance ou adoption (doublée en cas de naissance ou adoption multiple)	-	-	300 €	350 €
FRAIS DENTAIRES				
Soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire	100% BR	125% BR	150% BR	225% BR
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale	125% BR	125% BR	150% BR	225% BR
Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	100% BR	125% BR	150% BR	225% BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale : - Couronnes, bridges et inter de bridges, - Couronnes sur implant, - Prothèses dentaires amovibles, - Réparations sur prothèses, - Inlays-cores.	125% BR	250% BR	325 % BR	450 % BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	125% BR	250% BR	325 % BR	450 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : Couronnes et bridges ⁽⁴⁾ , Prothèses dentaires provisoires, Réparations (sauf réparations à caractère esthétique)	-	230 €	300 €	420 €
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (par an et par personne protégée)	-	460 €	600 €	840 €
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale (par acte de parodontologie)	-	230 €	300 €	420 €
Plafond prothèses dentaires non remboursées, orthodontie non remboursée, parodontologie non remboursée (par an et par personne protégée)	-	690 €	900 €	1 260 €
Implants non remboursés par la Sécurité sociale ⁽⁵⁾ (par an et par personne protégée)	-	-	400 € par implant dans la limite de 800 €	600 € par implant dans la limite de 1200 €
FRAIS D'OPTIQUE				
Équipement optique : Forfait pour une période de 2 ans pour un équipement composé d'une monture et de 2 verres.				
Monture (forfait pour 2 ans, par personne protégée)	25 €	70 €	85 €	150 €
Verre simple ⁽⁶⁾	37,50 €	62,50 €	125 €	160 €
Verre complexe ⁽⁷⁾	87,50 €	100 €	200 €	300 €
Verre très complexe ⁽⁸⁾	87,50 €	150 €	250 €	350 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (forfait par an et par personne protégée)	100 €	100 €	150 €	200 €
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale (forfait par an et par personne protégée)	-	-	-	-
Chirurgie réfractive (toute chirurgie de l'œil) (par œil)	-	-	200 €	300 €

	Formule 1	Formule 2*	Formule 3*	Formule 4*
(suite)				
PREVENTION				
Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac (forfait par an et par personne protégée)	-	30 €	40 €	50 €
Prévention-Médecine douce : Homéopathe, Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Psychologue, Podologue, Diététicien (actes non remboursés par la Sécurité sociale), ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale (forfait par an et par personne protégée)	-	-	20€ par acte dans la limite de 100 €	30€ par acte dans la limite de 150 €
Pharmacie prescrite par un médecin non remboursée par la Sécurité sociale (forfait par an et par personne protégée)	-	-	35 €	45 €
Cure thermale : honoraires et soins	70% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait pour cure thermale remboursée par la Sécurité sociale	-	-	200 €	300 €
GARANTIES D'ASSISTANCE				
INCLUS	SOCLE INCLUS	SOCLE INCLUS	SOCLE INCLUS	SOCLE INCLUS

(1) CAS : Contrat d'Accès aux Soins conclu entre l'Assurance maladie et les médecins exerçant en secteur 2 ou qui sont titulaires d'un droit à dépassement permanent ainsi que certains médecins exerçant en secteur 1. Vous trouverez le secteur d'exercice de votre médecin et son éventuelle adhésion au contrat d'accès aux soins en consultant : ameli-direct.fr ;

Pour les médecins non-conventionnés la Base de remboursement est égale au tarif d'autorité (moins de 1 € pour une consultation et 16 % du tarif de convention pour un acte technique).

(2) Les taux de remboursement exprimés correspondent aux taux du régime général de la Sécurité sociale. Ces taux peuvent être différents pour certains régimes locaux ou spéciaux de Sécurité sociale.

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

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

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

(6) 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 ;

(forfait par verre, pour 2 ans, par personne protégée sauf mineurs ou en cas d'évolution de la vue, dans ce cas le forfait est annuel).

(7) Verre simple foyer dont la sphère est hors-zone de -6,00 ou +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;

Verre multifocal ou progressif ;

(forfait par verre, pour 2 ans, par personne protégée sauf mineurs ou en cas d'évolution de la vue, dans ce cas le forfait est annuel).

(8) Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ;

Verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries ;

(forfait par verre, pour 2 ans, par adulte protégé sauf mineurs ou en cas d'évolution de la vue, dans ce cas le forfait est annuel).

* Les garanties prévues par cette formule peuvent résulter d'un contrat socle unique à adhésion obligatoire ou de la combinaison d'un contrat socle et d'un contrat surcomplémentaire. Dans ce dernier cas, les garanties affichées cumulent les garanties du contrat socle collectif obligatoire et les éventuelles garanties du contrat surcomplémentaire collectif facultatif qui interviennent en complément de celui-ci. Le contrat surcomplémentaire respecte les minima de prise en charge du contrat responsable, sous déduction des prises en charge déjà effectuées par le contrat socle.

Exemple avec un salarié couvert par la formule 2 au titre du contrat socle collectif obligatoire et ayant choisi d'adhérer à la formule 3 au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif : la prise en charge d'une consultation généraliste (signataire CAS) est au maximum de 150% BR dont 125% BR au titre du contrat socle collectif obligatoire et 25% BR au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

ANNEXE – GARANTIES

GARANTIES DU CONTRAT SURCOMPLÉMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF

Les prestations exprimées en pourcentage de la BR s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité Sociale et du contrat socle collectif obligatoire.

Les forfaits exprimés en euros, incluant ceux versés au titre du contrat socle collectif obligatoire, sont complémentaires aux éventuelles prestations versées au titre du régime de base de la Sécurité Sociale.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais effectivement supportés par le Participant.

	Formule 2*	Formule 3*	Formule 4*	Formule 5*	Formule 6*
Cette formule respecte le cahier des charges du contrat responsable	•	•	•		
SOINS DE VILLE (secteur conventionné et non conventionné)					
Consultations et visites généralistes et spécialistes - Signataire CAS ⁽¹⁾	125% BR	150% BR	225% BR	300% BR	500% BR
Consultations et visites généralistes et spécialistes - Non Signataire CAS ⁽¹⁾	105% BR	130% BR	200% BR	280% BR	480% BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataire CAS ⁽¹⁾	125% BR	150% BR	225% BR	300% BR	500% BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non Signataire CAS ⁽¹⁾	105% BR	130% BR	200% BR	280% BR	480% BR
Auxiliaires médicaux	125% BR	150% BR	225% BR	300% BR	500% BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataire CAS ⁽¹⁾	125% BR	150% BR	225% BR	300% BR	500% BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non Signataire CAS ⁽¹⁾	105% BR	130% BR	200% BR	280% BR	480% BR
Transport remboursé par la Sécurité sociale	125% BR	150% BR	225% BR	300% BR	500% BR
Biologie médicale	125% BR	150% BR	225% BR	300% BR	500% BR
Appareillage (y compris prothèses capillaires et mammaires remboursées par la Sécurité sociale)	125% BR	150% BR	225% BR	300% BR	500% BR
Prothèse auditive, piles et entretien de la prothèse remboursés par la Sécurité sociale	150% BR	200% BR	250% BR	350% BR	400% BR
Forfait supplémentaire prothèse auditive (par an et par personne protégée)	-	-	-	200 €	400 €
Forfait "18€" pour acte lourd	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
PHARMACIE					
Pharmacie remboursée à 100% par la Sécurité sociale ⁽²⁾	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie remboursée à 65% par la Sécurité sociale ⁽²⁾	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie remboursée à 30% par la Sécurité sociale ⁽²⁾	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie remboursée à 15% par la Sécurité sociale ⁽²⁾	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
FRAIS D'HOSPITALISATION (y compris maternité) (établissements conventionnés et non conventionnés)					
Honoraires ⁽³⁾ - Signataire CAS ⁽¹⁾	125% BR	150% BR	225% BR	300% BR	500% BR
Honoraires ⁽³⁾ - Non Signataire CAS ⁽¹⁾	105% BR	130% BR	200% BR	280% BR	480% BR

	Formule 2*	Formule 3*	Formule 4*	Formule 5*	Formule 6*
(suite)					
Frais de séjour ⁽³⁾	125% BR	150% BR	225% BR	300% BR	500% BR
Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière (par jour et par personne protégée) ⁽³⁾	40 €	60 €	80 €	100 €	110 €
Forfait ambulatoire (par jour et par personne protégée) ⁽³⁾	25 €	35 €	45 €	50 €	50 €
Frais d'accompagnement d'un enfant de - de 12 ans (par jour et par personne protégée) ⁽³⁾	15 €	25 €	35 €	55 €	65 €
Forfait "18€" pour acte lourd ⁽³⁾	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
MATERNITE ET ADOPTION					
Allocation naissance ou adoption (doublée en cas de naissance ou adoption multiple)	-	300 €	350 €	450 €	500 €
FRAIS DENTAIRES					
Soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire	125% BR	150% BR	225% BR	300% BR	500% BR
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale	125% BR	150% BR	225% BR	300% BR	500% BR
Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	125% BR	150% BR	225% BR	300% BR	500% BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale : - Couronnes, bridges et inter de bridges, - Couronnes sur implant, - Prothèses dentaires amovibles, - Réparations sur prothèses, - Inlays-cores.	250% BR	325 % BR	450 % BR	500% BR	570% BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	250% BR	325 % BR	450 % BR	500% BR	570% BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : Couronnes et bridges ⁽⁴⁾ , Prothèses dentaires provisoires, Réparations (sauf réparations à caractère esthétique)	230 €	300 €	420 €	470 €	530 €
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (par an et par personne protégée)	460 €	600 €	840 €	940 €	1 060 €
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale (par acte de parodontologie)	230 €	300 €	420 €	470 €	530 €
Plafond prothèses dentaires non remboursées, orthodontie non remboursée, parodontologie non remboursée (par an et par personne protégée)	690 €	900 €	1 260 €	1 410 €	1 590 €
Implants non remboursés par la Sécurité sociale ⁽⁵⁾ (par an et par personne protégée)	-	400 € par implant dans la limite de 800 €	600 € par implant dans la limite de 1200 €	1000 € par implant dans la limite de 2000 €	1200 € par implant dans la limite de 2400 €
FRAIS D'OPTIQUE					
Equipement optique : Forfait pour une période de 2 ans pour un équipement composé d'une monture et de 2 verres.					
Monture (forfait pour 2 ans, par personne protégée)	70 €	85 €	150 €	200 €	250 €
Verre simple ⁽⁶⁾	62,50 €	125 €	160 €	200 €	225 €

	Formule 2*	Formule 3*	Formule 4*	Formule 5*	Formule 6*
(suite)					
Verre complexe ⁽⁷⁾	100 €	200 €	300 €	375 €	450 €
Verre très complexe ⁽⁸⁾	150 €	250 €	350 €	425 €	500 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (forfait par an et par personne protégée)	100 €	150 €	200 €	300 €	350 €
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale (forfait par an et par personne protégée)					
Chirurgie réfractive (toute chirurgie de l'œil) (par œil)	-	200 €	300 €	500 €	600 €
PREVENTION					
Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac (forfait par an et par personne protégée)	30 €	40 €	50 €	70 €	80 €
Prévention-Médecine douce : Homéopathe, Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Psychologue, Podologue, Diététicien (actes non remboursés par la Sécurité sociale), ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale (forfait par an et par personne protégée)	-	20€ par acte dans la limite de 100 €	30€ par acte dans la limite de 150 €	50€ par acte dans la limite de 250 €	60€ par acte dans la limite de 300 €
Pharmacie prescrite par un médecin non remboursée par la Sécurité sociale (forfait par an et par personne protégée)	-	35 €	45 €	65 €	75 €
Cure thermale : honoraires et soins	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait pour cure thermale remboursée par la Sécurité sociale	-	200 €	300 €	500 €	600 €
GARANTIES D'ASSISTANCE					
INCLUS	SOCLE INCLUS	SOCLE INCLUS	SOCLE INCLUS	SOCLE INCLUS	SOCLE INCLUS

(1) CAS : Contrat d'Accès aux Soins conclu entre l'Assurance maladie et les médecins exerçant en secteur 2 ou qui sont titulaires d'un droit à dépassement permanent ainsi que certains médecins exerçant en secteur 1. Vous trouverez le secteur d'exercice de votre médecin et son éventuelle adhésion au contrat d'accès aux soins en consultant : ameli-direct.fr ;

Pour les médecins non-conventionnés la Base de remboursement est égale au tarif d'autorité (moins de 1 € pour une consultation et 16 % du tarif de convention pour un acte technique).

(2) Les taux de remboursement exprimés correspondent aux taux du régime général de la Sécurité sociale. Ces taux peuvent être différents pour certains régimes locaux ou spéciaux de Sécurité sociale.

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

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

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

(6) 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 ;

(forfait par verre, pour 2 ans, par personne protégée sauf mineurs ou en cas d'évolution de la vue, dans ce cas le forfait est annuel).

(7) Verre simple foyer dont la sphère est hors-zone de -6,00 ou +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;

Verre multifocal ou progressif ;

(forfait par verre, pour 2 ans, par personne protégée sauf mineurs ou en cas d'évolution de la vue, dans ce cas le forfait est annuel).

(8) Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ;

Verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries ;

(forfait par verre, pour 2 ans, par adulte protégé sauf mineurs ou en cas d'évolution de la vue, dans ce cas le forfait est annuel).

* Les garanties prévues par cette formule peuvent résulter d'un contrat socle unique à adhésion obligatoire ou de la combinaison d'un contrat socle et d'un contrat supplémentaire. Dans ce dernier cas, les garanties affichées cumulent les garanties du contrat socle collectif obligatoire et les éventuelles garanties du contrat supplémentaire collectif facultatif qui interviennent en complément de celui-ci. Le contrat supplémentaire respecte les minima de prise en charge du contrat responsable, sous déduction des prises en charge déjà effectuées par le contrat socle.

Exemple avec un salarié couvert par la formule 2 au titre du contrat socle collectif obligatoire et ayant choisi d'adhérer à la formule 3 au titre du contrat supplémentaire collectif facultatif : la prise en charge d'une consultation généraliste (signataire CAS) est au maximum de 150% BR dont 125% BR au titre du contrat socle collectif obligatoire et 25% BR au titre du contrat supplémentaire collectif facultatif.

