

NOTICE D'INFORMATION FRAIS DE SANTE

COMMERCE DE GROS

VOTRE RÉGIME DE FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE

ENSEMBLE DU PERSONNEL

(CASES A COCHER PAR L'ENTREPRISE
SELON LE CONTRAT SOUSCRIT)

GARANTIES

- Régime 1
- Régime 2
- Régime 3

SOMMAIRE

VOTRE CONTRAT FRAIS DE SANTE	3
Vos garanties Frais de Santé	4
PREMIERE PARTIE DISPOSITIONS GENERALES	10
DEFINITIONS.....	10
CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE	11
AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL ET DE LEURS AYANTS DROIT.....	12
<i>Conditions d'affiliation des membres du personnel</i>	12
<i>Date d'effet de l'affiliation des membres du personnel</i>	12
<i>Bénéficiaires</i>	12
<i>Cessation de l'affiliation</i>	14
<i>Fausse déclaration</i>	15
<i>Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail</i>	15
MAINTIEN DES GARANTIES.....	16
<i>Maintien de garanties Santé au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale</i> ...	16
<i>Maintien de garanties Santé au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989</i>	17
COTISATIONS	18
EFFET DE LA RESILIATION OU DU NON-RENOUVELLEMENT VIS-A-VIS DU PARTICIPANT OU DE SES AYANTS DROIT	18
RECOURS - PRESCRIPTION.....	19
<i>Recours subrogatoire</i>	19
<i>Prescription</i>	19
CONTROLE DE L'ORGANISME ASSUREUR.....	19
DEUXIEME PARTIE DEFINITION DES GARANTIES	20
GARANTIES FRAIS DE SANTE	20
<i>Objet et conditions des garanties</i>	20
<i>Soins engagés hors de France</i>	23
RISQUES EXCLUS.....	24
TROISIEME PARTIE VERSEMENT DES PRESTATIONS	25
MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	25
<i>Paiement des cotisations</i>	25
<i>Services de Tiers Payant</i>	25
<i>La prise en charge hospitalière</i>	25
<i>Demandes de Remboursement</i>	25
RECLAMATIONS – MEDIATION	27

VOTRE CONTRAT FRAIS DE SANTE

Votre entreprise a adhéré au contrat collectif frais de santé assuré par l'un des organismes assureurs suivants :

- « **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 (75014) – 29 boulevard Edgar Quinet,

- « **Malakoff Méderic** », Institution de Prévoyance régie par la Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est à PARIS Cedex 09 (75317), 21 rue Laffitte,

- « **AG2R Prévoyance** », membre du groupe d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R REUNICA, Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est à PARIS Cedex 14 (75680), 35 boulevard Brune,

dénommé ci-après « **l'Organisme Assureur** », afin de garantir à titre obligatoire son personnel tel que mentionné en première page de la présente notice d'information.

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

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

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE

Seule la formule effectivement souscrite par votre entreprise telle que mentionnée en 1^{ère} page de la notice vous est applicable

REGIME 1

GARANTIES Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS DE LA SECURITE SOCIALE dans la limite des frais engagés (sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale)	
HOSPITALISATION y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Hospitalisation médicale et chirurgicale :	
. Frais de séjour (frais de structure et de soins) et Fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques)	100 % BR
. Honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire :	
- Signataires du CAS	150 % BR
- Non signataires du CAS	130 % BR
. Forfait hospitalier	100 % FR
. Chambre particulière	30 € par jour
. Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans	30 € par jour
. Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
PRATIQUE MEDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Consultations et visites, généralistes et spécialistes - Signataires CAS	100% BR
Consultations et visites, généralistes et spécialistes - Non signataires CAS	100% BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires CAS	150% BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires CAS	130% BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires CAS	150% BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires CAS	130% BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR
APPAREILLAGE	
Prothèses auditives	100% BR
Orthopédie et autres prothèses	100% BR
PHARMACIE	
Pharmacie remboursée par la SS	100% BR
TRANSPORT	
Transport remboursé par la SS	100% BR

DENTAIRES	
. Soins dentaires remboursés par la SS : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100% BR
. Inlays-onlays remboursés par la SS	125% BR
. Prothèses dentaires remboursées par la SS : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Réparations sur prothèses - Inlays-cores	125% BR
. Orthodontie remboursée par la SS	150% BR
. Orthodontie non remboursée par la SS (moins de 25 ans)	50% BR
OPTIQUE	
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans)	
. Monture	50 €
. Verre simple (2)	50 €
. Verre complexe (3)	75 €
. Verre très complexe (4)	75 €
. Lentilles remboursées par la SS	TM + forfait égal à 3% du PMSS par année civile
CURE THERMALE	
. Honoraires et soins remboursés par la SS	100% BR
PREVENTION	
. Actes de prévention	100 % de la BR

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité

(2) 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

(3) 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

(4) 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

REGIME 2

GARANTIES Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS DE LA SECURITE SOCIALE (sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale)	
HOSPITALISATION y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Hospitalisation médicale et chirurgicale :	
. Frais de séjour (frais de structure et de soins) et Fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques)	190 % BR
. Honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire :	
- Signataires du CAS	170 % BR
- Non signataires du CAS	150 % BR
. Forfait hospitalier	100 % FR
. Chambre particulière	50 € par jour
. Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans	40 € par jour
. Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
PRATIQUE MEDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Consultations et visites généralistes - Signataires CAS	140% BR
Consultations et visites généralistes - Non signataires CAS	120% BR
Consultations et visites spécialistes - Signataires CAS	140% BR
Consultations et visites spécialistes - Non signataires CAS	120% BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires CAS	160% BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires CAS	140% BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires CAS	160% BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires CAS	140% BR
Frais d'analyses et de laboratoire	130% BR
Auxiliaires médicaux	130% BR
APPAREILLAGE	
Prothèses auditives	225% BR
Orthopédie et autres prothèses	150% BR
PHARMACIE	
Pharmacie remboursée par la SS	100% BR
TRANSPORT	
Transport remboursé par la SS	125% BR

DENTAIRES	
. Soins dentaires remboursés par la SS : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	130% BR
. Inlays-onlays remboursés par la SS	200% BR
. Prothèses dentaires remboursées par la SS : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Réparations sur prothèses - Inlays-cores	200% BR
. Prothèses non remboursées par la SS	100€ par année civile
. Orthodontie remboursée par la SS	200% BR
. Orthodontie non remboursée par la SS (moins de 25 ans)	150% BR
. Implants dentaires	250€ par année civile
OPTIQUE	
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans)	
. Monture	80 €
. Verre simple (2)	60 €
. Verre complexe (3)	110 €
. Verre très complexe (4)	110 €
. Lentilles remboursées par la SS	TM + forfait égal à 5% du PMSS par année civile
. Lentilles non remboursées par la SS (y compris lentilles jetables)	Forfait égal à 5% du PMSS par année civile
. Chirurgie de la myopie	250 € par œil et par an
CURE THERMALE	
. Honoraires et soins remboursés par la SS	100% BR
. Frais de voyage et de transport	150€ dans la limite d'une cure par année civile
MATERNITE	
. Maternité ou adoption	Allocation forfaitaire égale à 10 % du PMSS
MEDECINES DOUCES	
. Acupuncture, chiropractie, ostéopathie (dans le cadre de l'intervention d'un praticien inscrit auprès d'une association agréée)	15 € par séance dans la limite de deux séances par année civile
PREVENTION	
. Actes de prévention	100 % de la BR

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité

(2) 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

(3) 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

(4) 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

REGIME 3

GARANTIES Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS DE LA SECURITE SOCIALE (sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale)	
HOSPITALISATION y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Hospitalisation médicale et chirurgicale :	
. Frais de séjour (frais de structure et de soins) et Fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques)	300 % BR
. Honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire :	
- Signataires du CAS	300 % BR
- Non signataires du CAS	200 % BR
. Forfait hospitalier	100 % FR
. Chambre particulière	70 € par jour
. Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans	50 € par jour
. Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
PRATIQUE MEDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Consultations et visites généralistes - Signataires CAS	200% BR
Consultations et visites généralistes - Non signataires CAS	180% BR
Consultations et visites spécialistes - Signataires CAS	220% BR
Consultations et visites spécialistes - Non signataires CAS	200% BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires CAS	220% BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires CAS	200% BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires CAS	200% BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires CAS	180% BR
Frais d'analyses et de laboratoire	170% BR
Auxiliaires médicaux	170% BR
APPAREILLAGE	
Prothèses auditives	400% BR
Orthopédie et autres prothèses	250% BR
PHARMACIE	
Pharmacie remboursée par la SS	100% BR
TRANSPORT	
Transport remboursé par la SS	150% BR

DENTAIRES	
. Soins dentaires remboursés par la SS : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	170% BR
. Inlays-onlays remboursés par la SS	450% BR
. Prothèses dentaires remboursées par la SS : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Réparations sur prothèses	450% BR
. Inlay core et inlay à clavettes	400% BR
. Prothèses non remboursées par la SS	300€ par année civile
. Orthodontie remboursée par la SS	300% BR
. Orthodontie non remboursée par la SS (moins de 25 ans)	300% BR
. Implants dentaires	600€ par année civile
OPTIQUE	
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans)	
. Monture	150 €
. Verre simple (2)	120 €
. Verre complexe (3)	210 €
. Verre très complexe (4)	210 €
. Lentilles remboursées par la SS	TM + forfait égal à 10% du PMSS par année civile
. Lentilles non remboursées par la SS (y compris lentilles jetables)	Forfait égal à 10% du PMSS par année civile
. Chirurgie de la myopie	600 € par œil et par an
CURE THERMALE	
. Honoraires et soins remboursés par la SS	100% BR
. Frais de voyage et de transport	300€ dans la limite d'une cure par année civile
MATERNITE	
. Maternité ou adoption	Allocation forfaitaire égale à 20 % du PMSS
MEDECINES DOUCES	
. Acupuncture, chiropractie, ostéopathie (dans le cadre de l'intervention d'un praticien inscrit auprès d'une association agréée)	30 € par séance dans la limite de deux séances par année civile
PREVENTION	
. Actes de prévention	100 % de la BR

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité

(2) 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

(3) 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

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

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

PREMIERE PARTIE

DISPOSITIONS GENERALES

Pour la présente notice, l'entreprise est dénommé l'« ADHERENT », le salarié le « PARTICIPANT » et, selon le choix de l'entreprise, l'organisme assureur référencé l' «ORGANISME ASSUREUR ».

DEFINITIONS

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

ADHERENT : Personne morale adhérent au contrat.

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

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

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

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

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

Contrat 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.

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.

Organisme assureur : l'un des trois organismes assureurs visés dans l'article « Votre Contrat Frais de Santé » choisi par l'Employeur.

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

PARTICIPANT : Personne physique appartenant au personnel de l'ADHERENT tel que défini en 1^{ère} page de la présente notice d'information et affiliée au contrat.

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

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

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

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

CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

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

Le contrat respecte les conditions posées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale.

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

- Conformément à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité Sociale, la participation forfaitaire due par le Bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale.
- Conformément à l'article L. 322-2 III du Code de la Sécurité Sociale, la franchise appliquée à certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 321-1 du Code de la Sécurité Sociale).
- Conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale, la majoration de la participation supportée par le Bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.

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

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

AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL ET DE LEURS AYANTS DROIT

Conditions d'affiliation des membres du personnel

L'adhésion au contrat entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de chaque membre du personnel de l'ADHERENT, sous réserve de l'usage, par l'ADHERENT, des facultés offertes à l'article R. 242-1-6 du Code de la Sécurité Sociale de dispenser d'affiliation certains membres du personnel.

Lors de l'adhésion de l'entreprise ou de son entrée en fonction, chaque membre du personnel renseigne et signe la Déclaration d'Affiliation établie par l'ORGANISME ASSUREUR.

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

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

L'affiliation prend effet :

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

Bénéficiaires

Les bénéficiaires sont ceux prévus dans le cadre de la structure de cotisations Tarif Isolé / Famille à charge au sens de la Sécurité sociale.

Les ayants droit du participant tels que définis ci-dessous, bénéficient obligatoirement du contrat souscrit par l'ADHERENT.

Le montant de la cotisation « Famille » est identique pour chacun des participants ayant une famille à charge au sens de la Sécurité sociale. Elle permet la couverture du participant et de ses ayants droit à charge au sens de la Sécurité sociale (à l'exception donc du conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale).

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le PARTICIPANT, en fonction de sa situation réelle de famille, et de la communication à l'ORGANISME ASSUREUR des justificatifs visés ci-après.

Le taux de cotisations est différent selon que le PARTICIPANT est la seule personne couverte ou qu'il a des ayants-droit répondant à la définition ci-dessous.

Le conjoint non à charge du participant au sens de la Sécurité sociale, peut être couvert par une extension facultative souscrite individuellement par le participant.

Sont ayants droit du participant :

- ✓ le Conjoint, le Partenaire d'un PACS ou le Concubin du participant tel que défini à l'article « DEFINITIONS » à charge au sens de la Sécurité sociale,
- ✓ Les Ayants-droit à charge du PARTICIPANT entendus comme :

1) Enfants à charge au sens de la Sécurité sociale.

Les enfants du participant ou de son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin tel que définis à l'article L. 313-3 du Code de la Sécurité sociale :

- jusqu'à l'âge de 16 ans, s'ils sont non salariés, à la charge du participant ou de son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin, que la filiation, y compris adoptive, soit légalement établie, ou qu'ils soient pupilles de la nation dont le participant est tuteur, ou recueillis ;

- jusqu'à 18 ans, pour les enfants placés en apprentissage dans les conditions déterminées par le Code du travail ;

- jusqu'à 25 ans, pour les enfants qui justifient de la poursuite d'études et pour ceux qui sont, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié. Pour les enfants ayant dû interrompre leurs études pour cause de maladie, la limite d'âge peut être reculée dans les conditions fixées du troisième au sixième alinéa de l'article R.313-14 du Code de la Sécurité sociale.

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.

- ✓ le conjoint, ou le partenaire lié par un PACS ou le concubin tel que défini à l'article 2 des présentes Conditions générales non à charge au sens de la Sécurité sociale, c'est-à-dire le conjoint non couvert par la Sécurité sociale à titre d'ayant-droit du participant et qui bénéficie des prestations du régime de la Sécurité sociale sous son propre numéro.

Affiliation des Ayants droit

Sous réserve des dispositions prévues dans l'acte juridique prévu à l'article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise, le PARTICIPANT déclare ses ayants droit à l'ORGANISME ASSUREUR.

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'ORGANISME ASSUREUR 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'ADHERENT et l'ORGANISME ASSUREUR de ces modifications.

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

Dans les mêmes conditions, le PARTICIPANT déclare à l'ADHERENT et à l'ORGANISME ASSUREUR, le cas échéant, son conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale, s'il entend assurer sa couverture.

Justificatifs à fournir

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

- pour les enfants à charge selon leur situation :
 - le certificat de scolarité,
 - la copie du contrat d’apprentissage,
 - la copie de la carte d’invalidité,
- pour le conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale et selon la situation :
 - la copie du livret de famille,
 - la copie du certificat de mariage,
 - l’attestation d’engagement dans les liens d’un Pacte Civil de Solidarité,
 - l’attestation sur l’honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins et tout justificatif de domicile commun (avis d’imposition, facture EDF, bail commun, attestation d’assurance...)

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

L’ORGANISME ASSUREUR se réserve le droit de demander au PARTICIPANT toutes autres pièces justificatives.

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

Date d’effet de l’affiliation des ayants droit

La garantie de l’ORGANISME ASSUREUR au titre des ayants droit est due :

1°) Pour les ayants-droit à charge au sens de la Sécurité sociale :

- à la date d’affiliation du PARTICIPANT, lorsque la déclaration des ayants-droit a eu lieu à cette date,
- ou en cas de déclaration postérieure, à la date de production de l’ensemble des pièces justificatives visées ci-dessus,

2°) Pour l’extension facultative au conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale, à la date de production de l’ensemble des pièces justificatives visées ci-dessus en cas de modification de la situation de famille ou chaque 1^{er} janvier sous réserve d’en faire la demande auprès de l’ORGANISME ASSUREUR au plus tard le 30 novembre de l’année précédente.

Cessation de l’affiliation

Cessation de l’affiliation des PARTICIPANTS

Sous réserve de l’application du maintien de garanties Santé au titre de l’article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, l’affiliation du PARTICIPANT cesse de plein droit :

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

La cessation de l’affiliation entraîne la fin des garanties.

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

L'ORGANISME ASSUREUR récupère auprès du PARTICIPANT toutes prestations indûment réglées.

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 la qualité de bénéficiaire,
- au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les ayants droit justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur et à la condition que l'acte mettant en place les garanties le prévoit,
- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le PARTICIPANT demande la résiliation de l'extension facultative du conjoint non à charge. Cette demande doit être adressée à l'ORGANISME ASSUREUR au plus tard le 31 octobre de la même année par lettre recommandée. La demande adressée à l'ORGANISME ASSUREUR après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant, elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année.

Fausse déclaration

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

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

Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

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

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

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

MAINTIEN DES GARANTIES

Maintien de garanties Santé au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale

CONDITIONS AU MAINTIEN DE L'AFFILIATION

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

L'ORGANISME ASSUREUR tient à la disposition de l'ADHERENT un formulaire type « Déclaration de portabilité » qu'il devra lui retourner dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture. A défaut, l'affiliation du PARTICIPANT cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

Il incombe à l'ADHERENT d'informer le PARTICIPANT du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

EFFET ET DUREE DU MAINTIEN DE L'AFFILIATION

L'affiliation du PARTICIPANT est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois.**

En tout état de cause, l'affiliation du PARTICIPANT cesse de plein droit :

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès);
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après ;
- **en cas de résiliation de l'adhésion au contrat.**

OBLIGATIONS DECLARATIVES

Le PARTICIPANT s'engage à fournir à l'ORGANISME ASSUREUR :

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

GARANTIES

Le PARTICIPANT bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail. Le cas échéant, le maintien de garanties est accordé aux ayants droit, tels que définis au contrat.

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

L'ADHERENT s'engage à informer le participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'ORGANISME ASSUREUR.

FINANCEMENT

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

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

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

L'ORGANISME ASSUREUR adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire.

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

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

COTISATIONS

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

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

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

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

EXTENSION FACULTATIVE DU CONJOINT NON A CHARGE AU SENS DE LA SECURITE SOCIALE

La cotisation « Conjoint non à charge Sécurité sociale » est due si le PARTICIPANT souhaite étendre le bénéfice du contrat à son conjoint ou assimilé non couvert par la Sécurité sociale à titre d'ayant droit du participant.

Les cotisations concernant l'extension des garanties au conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale tel que défini dans la présente notice sont recouvrées auprès du participant sur son compte bancaire selon la périodicité indiquée sur la déclaration d'affiliation.

A défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'extension des garanties au conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale 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'extension des garanties au conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale 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-dessous.

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

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

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

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat ou de l'adhésion de l'ADHERENT au contrat met fin aux garanties.

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

RECOURS - PRESCRIPTION

Recours subrogatoire

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

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

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

Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

Lorsque l'action de l'ADHERENT ou des Bénéficiaires contre l'ORGANISME ASSUREUR a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'ADHERENT 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'ORGANISME ASSUREUR à l'ADHERENT 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.

CONTROLE DE L'ORGANISME ASSUREUR

L'ORGANISME ASSUREUR est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75009 Paris.

DEUXIEME PARTIE

DEFINITION DES GARANTIES

GARANTIES FRAIS DE SANTE

Objet et conditions des garanties

Les garanties Frais de Santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les Bénéficiaires, en complément des remboursements de la Sécurité Sociale française effectués au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, sous réserve de l'application des risques exclus mentionnés ci-après et des frais non pris en charge dans le cadre du « contrat solidaire et responsable ». Elles respectent notamment les minima et les maxima de garanties prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Les garanties Frais de Santé prévues au contrat répondent aux conditions définies par décret en application de l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité Sociales.

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

Certains frais inscrits à la Nomenclature, mais non pris en charge par la Sécurité Sociale, peuvent donner lieu cependant à un remboursement par l'ORGANISME ASSUREUR dans les conditions fixées au tableau des garanties de la notice d'information.

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

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le Bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. 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 les professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire, la base de remboursement retenue pour le calcul de la prise en charge du dépassement d'honoraires pratiqué est celle du tarif d'autorité.

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

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

Donnent lieu à remboursement les frais suivants, selon la formule effectivement souscrite par l'ADHERENT rappelée en 1^{ère} page de la notice d'information, prévus au tableau des garanties de la présente notice d'information.

PRATIQUE MEDICALE COURANTE EN SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE

- 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 médecin spécialiste ayant signé ou on le Contrat d'Accès aux soins,
- Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie réalisés par un médecin ayant signé ou on le Contrat d'Accès aux soins,
- Transport pris en charge par la sécurité sociale
- Frais d'analyses et de laboratoire,
- Forfait pour acte lourd.

PHARMACIE :

- Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité Sociale.

FRAIS D'HOSPITALISATION EN SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE (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,

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

- Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques).

- Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin ayant signé ou non un contrat d'accès aux soins.

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

- Forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 est pris en charge sans limitation de durée.

- Forfait ambulatoire.

- Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de moins de 16 ans bénéficiaire du contrat (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**). Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».

- Forfait pour acte lourd.

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 psychiatrie.

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

- **Hospitalisation à domicile (HAD) prise en charge par la Sécurité Sociale.**

TRANSPORT

- **Frais de transport.**

MATERNITE ET ADOPTION :

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

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

Elle est doublée en cas de naissance 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, parodontologie) remboursés par la Sécurité Sociale,**
- **Inlays, Onlays remboursés par la Sécurité sociale,**
- **Prothèses dentaires prises en charge ou non remboursées par la Sécurité Sociale**
- **Orthodontie remboursée ou non par la Sécurité Sociale,**
- **Implants.**

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

OPTIQUE :

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

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

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

monture) et s'achève deux ans après.

- **Lentilles cornéennes remboursées ou non par la Sécurité Sociale** (y compris lentilles jetables),
- **Chirurgie de la myopie.**

PREVENTION :

Les actes de prévention sont pris en charge par le contrat au titre de chaque poste concerné par ces actes.

MEDECINE DOUCE : Par dérogation à l'article « RISQUES EXCLUS », peuvent être pris en charge, selon la formule souscrite, les actes effectués par les praticiens listés dans le tableau de garanties figurant dans la présente notice d'information.

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

CURE THERMALE : Les frais de cure thermale (forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement) acceptés par la Sécurité Sociale.

Soins engagés hors de France

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

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

L'ORGANISME ASSUREUR intervient dès lors que les PARTICIPANTS bénéficient d'une prise en charge par la Sécurité Sociale française ou par le régime de Sécurité Sociale du pays d'accueil. Dans les deux cas elle intervient en complément des tarifs théoriques de la Sécurité Sociale française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues par le contrat.

Le présent contrat ne couvre pas les salariés expatriés.

Justificatifs

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

RISQUES EXCLUS

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

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

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

TROISIEME PARTIE

VERSEMENT DES PRESTATIONS

MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Paiement des cotisations

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

Services de Tiers Payant

L'ORGANISME ASSUREUR met à la disposition des Bénéficiaires un service de dispense d'avance de frais dans la limite des remboursements prévus au contrat, selon la formule retenue par l'ADHERENT telle que mentionnée en 1^{ère} page de la notice d'information.

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'ORGANISME ASSUREUR.

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'ORGANISME ASSUREUR.

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, selon la formule retenue par l'ADHERENT telle que mentionnée en 1^{ère} page de la notice d'information.

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'ORGANISME ASSUREUR qui lui délivrera une attestation de prise en charge.

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

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

Demandes de Remboursement

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

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

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

Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, le Bénéficiaire a la possibilité d'adresser par voie postale tout document comportant ce type de données, sous pli cacheté portant la mention "Confidentiel", à l'attention de Monsieur le Médecin-conseil - Centre de Service Prestations Santé dont l'adresse figure sur sa carte de tiers-payant.

Le service médical de l'ORGANISME ASSUREUR peut faire procéder par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé désigné par lui, au contrôle médical du Bénéficiaire qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre du contrat.

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

Outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, le service médical de l'ORGANISME ASSUREUR se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du PARTICIPANT.

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

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

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

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

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

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

RECLAMATIONS – MEDIATION

L'ORGANISME ASSUREUR met à la disposition des PARTICIPANTS et des Ayants-droit la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du contrat, à l'adresse suivante :

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

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

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

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'ORGANISME ASSUREUR et après épuisement des voies de recours internes, le PARTICIPANT ou les Ayants-droit, ou avec l'accord de ceux-ci, l'ORGANISME ASSUREUR, 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 Cambacérès – 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.

Les justificatifs à fournir par le PARTICIPANT ou les Ayants-droit pour ses demandes de remboursement :

	Bénéficiaire NOEMIE
Hospitalisation chirurgicale ou médicale Etablissement conventionné ou non conventionné	Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...)
Hospitalisation à domicile (HAD)	Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD
Pratique médicale courante (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, ..)	Aucun document
Médecine douce	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)
Optique - Chirurgie de la myopie	Facture détaillée et acquittée En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent et : - Soit une nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction ; - Soit la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant les nouvelles corrections. Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité Sociale 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'ORGANISME ASSUREUR 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

	Bénéficiaire NOEMIE
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'ORGANISME ASSUREUR, pour avis préalable sur le montant de sa prestation, un devis détaillé du praticien indiquant la codification des actes.

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

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

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