

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE TRANSPORTS ROUTIERS ET ACTIVITÉS AUXILIAIRES DU TRANSPORT TRANSPORT SANITAIRE

FRAIS DE SANTÉ

Contrat collectif à adhésion obligatoire

CONDITIONS GÉNÉRALES

RÉFÉRENCÉES CG-CCN TRANSPORT SANITAIRE - SANTÉ - SEPTEMBRE 2013 (MAJ DÉCEMBRE 2016)

Ensemble du personnel

Personnel Cadre (salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CNN du 14 mars 1947)

Personnel Cadre et article 36 (salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CNN du 14 mars 1947)

Personnel Non Cadre (salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CNN du 14 mars 1947)

Personnel Non Cadre y compris article 36 (salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CNN du 14 mars 1947)



malakoff médéric
humanis



TITRE I - ADHÉSION AU CONTRAT	4
▶ Article 1 - Objet du contrat.....	4
▶ Article 2 - Adhésion	4
▶ Article 3 - Durée de l'adhésion - Renouvellement	4
▶ Article 4 - Affiliation des Participants.....	4
▶ Article 5 - Bénéficiaires.....	5
TITRE II - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ.....	7
▶ Article 6 - Contrat solidaire et responsable	7
▶ Article 7 - Garanties frais de santé	7
▶ Article 8 - Risques exclus	9
▶ Article 9 - Modalités de versement des prestations	9
TITRE III - DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	10
▶ Article 10 - Entrée en vigueur des garanties - Suspension et conditions de maintien	10
▶ Article 11 - Cessation de l'affiliation des Participants	10
▶ Article 12 - Maintien des garanties santé.....	10
▶ Article 13 - Assiette et montant des cotisations	11
▶ Article 14 - Paiement des cotisations.....	11
▶ Article 15 - Révision des cotisations et/ou des garanties par l'Institution	12
▶ Article 16 - Résiliation de l'adhésion au contrat.....	12
▶ Article 17 - Recours - Prescription	12
▶ Article 18 - Dispositions diverses	13
▶ Article 19 - Justificatifs et contrôle.....	13
▶ Article 20 - Réclamations - Médiation	14
▶ Article 21 - Contrôle de l'Institution.....	14
ACTIVITÉS SOCIALES : UNE DIMENSION HUMAINE	15
POUR MIEUX SE COMPRENDRE	15
ANNEXE I - VOS GARANTIES SANTÉ	16
▶ Régimes obligatoires.....	16
▶ Régimes surcomplémentaires optionnels à adhésion facultative complémentaire au régime socle de base obligatoire.....	18

TITRE I - ADHÉSION AU CONTRAT

► Article 1 - Objet du contrat

Les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale des transports routiers et des activités auxiliaires du transport (dénommée ci-après « la Convention collective ») ont signé un accord en date du 6 octobre 2015 modifiant le régime de frais de santé obligatoire au profit du personnel du secteur d'activité du transport sanitaire instauré par l'accord du 15 avril 2013.

L'entreprise relevant de la Convention Collective Nationale des transports routiers et des activités auxiliaires du transport et plus particulièrement du secteur d'activité du transport sanitaire, adhère au contrat de frais de santé mis en œuvre par Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est à Paris (75014) 29 Boulevard Edgar Quinet, ci-après dénommée « l'Institution ».

Les présentes Conditions Générales ont pour objet de définir les conditions d'adhésion des entreprises relevant du secteur d'activité du transport sanitaire ainsi que des modalités d'affiliation du personnel au contrat frais de santé obligatoire.

Elles organisent également la mise en place de l'extension facultative et individuelle des ayants droit des salariés ainsi que le régime surcomplémentaire optionnel à adhésion facultative prévu en complément du régime socle de base obligatoire si l'entreprise a choisi ce dernier.

► Article 2 - Adhésion

Afin d'adhérer au contrat, l'entreprise devra retourner à l'Institution le contrat d'adhésion, dûment rempli, daté et signé.

L'adhésion est acquise à l'entreprise, ci-après dénommée « l'Adhérent » à la date d'effet indiquée au contrat d'adhésion contresigné et retourné à l'entreprise.

► Article 3 - Durée de l'adhésion - Renouvellement

L'adhésion de l'entreprise au contrat expire le 31 décembre de l'année de l'adhésion. Elle se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties effectuée par lettre recommandée moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

Pour être valide, la notification de la dénonciation doit donc être envoyée au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi, pour ne prendre effet qu'au 1^{er} janvier de l'exercice suivant.

► Article 4 - Affiliation des Participants

4.1 Conditions d'affiliation

L'Adhérent devra obligatoirement :

1. Affilier l'ensemble de ses salariés, sous contrat de travail à la date d'effet de l'adhésion ainsi que ceux embauchés ultérieurement, dès lors qu'ils appartiennent à la catégorie retenue par l'Adhérent sur le contrat d'adhésion, sous réserve des cas de dispenses d'affiliation

mentionnés à l'article 1 de l'accord collectif en date du 6 octobre 2015 et des dispenses d'affiliation d'ordre public.

2. Communiquer à l'Institution la déclaration d'affiliation visée ci-dessous dûment renseignée par chaque Participant, dans un délai de trente jours suivant :
 - soit la date d'effet de son adhésion,
 - soit la date de l'entrée en fonction du Participant.
3. Déclarer à l'Institution tout salarié qui, au cours de l'adhésion, entre dans la catégorie de salariés assurée.
4. Déclarer à l'Institution tout salarié qui, au cours de l'adhésion, quitte l'entreprise notamment suite à une démission, une rupture conventionnelle, un licenciement ou un départ en retraite ou qui sort de la catégorie de salariés assurée, en précisant la date et le motif du départ. Cette déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'entreprise.
5. Déclarer à l'Institution tout salarié au contrat de travail suspendu en cours de contrat qui ne pourrait bénéficier du maintien de son affiliation en application de l'article 10.
6. Déclarer trimestriellement à l'Institution sur ses bordereaux d'appel de cotisations, l'effectif de la catégorie de salariés du trimestre.
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.

L'Institution se réserve la possibilité de réclamer des dommages-intérêts et/ou de prononcer la résiliation du contrat en cas 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.

Pour le présent contrat, chaque salarié ainsi affilié est appelé « Participant ».

L'affiliation ne peut produire ses effets que dans la mesure où chaque Participant renseigne intégralement et signe la déclaration d'affiliation type de l'Institution, dans laquelle il précise notamment son état civil et ses bénéficiaires.

4.2 Cas de dispenses d'affiliation

Le présent contrat entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, sous réserve des cas de dispenses d'affiliation d'ordre public et des dispenses mentionnées à l'article 1 de l'accord collectif en date du 6 octobre 2015, de chaque membre du personnel de l'Adhérent.

4.3 Régimes d'affiliation

a) Régime obligatoire

Le Participant est affilié de plein droit au régime obligatoire choisi par l'Adhérent (régime socle de base ou régime socle amélioré 1 ou régime socle amélioré 2) sous réserve des cas de dispenses d'affiliation prévus à l'accord du 6 octobre 2015 ou des dispenses d'affiliation d'ordre public. Par ailleurs, le Participant peut étendre le bénéfice des garanties du régime obligatoire, moyennant le paiement des cotisations correspondantes, à son conjoint et/ou à ses enfants à charge tels que définis à l'article 5 des présentes Conditions Générales.

b) Régime surcomplémentaire optionnel en complément du régime socle de base

Si l'Adhérent a choisi le régime socle de base comme régime obligatoire, ce dernier est complété par un régime surcomplémentaire optionnel permettant d'améliorer les prestations. L'Adhérent a le choix entre 2 formules, (option 1 ou 2), s'appliquant à l'ensemble des salariés appartenant à la catégorie assurée. Le changement de formule est possible chaque 1^{er} janvier par l'Adhérent sous réserve d'en formuler la demande auprès de l'Institution avant le 31 octobre de l'année précédente.

Chaque Participant peut améliorer sa couverture à un niveau supérieur de remboursement en adhérant à la formule du régime surcomplémentaire optionnel retenue par l'Adhérent.

Ce choix peut s'effectuer :

- ✳ lors de son affiliation sous réserve que le Participant en fasse la demande dans les trois mois qui suivent l'adhésion de l'Adhérent au régime surcomplémentaire optionnel ou la date d'effet de son embauche ou en cas de changement de situation familiale (mariage, PACS, divorce, naissance...),
- ✳ chaque 1^{er} janvier, sous réserve que le Participant en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 31 octobre de l'année précédente.

La dénonciation de l'adhésion du Participant au régime surcomplémentaire optionnel aura un caractère irrévocable, sauf en cas de changement de situation familiale du Participant (mariage, PACS, divorce, naissance...).

Le Participant peut étendre le bénéfice des garanties du régime surcomplémentaire optionnel, moyennant le paiement des cotisations correspondantes, à son conjoint et/ou à ses enfants à charge bénéficiaires du régime socle de base obligatoire.

► Article 5 - Bénéficiaires

Le conjoint et les enfants à charge du Participant tels que définis ci-dessous, peuvent être couverts par une extension facultative souscrite individuellement par chaque Participant.

5.1 Définition des bénéficiaires

Définition du conjoint

Est considéré comme conjoint

- ✳ le conjoint du Participant non divorcé ou non séparé de corps judiciairement,
- ✳ le partenaire lié au Participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS),
- ✳ la personne vivant en concubinage avec le Participant, sous réserve que le concubin et le Participant soient tous les deux libres de tout engagement, que le concubinage ait été établi de façon notoire et que les deux concubins partagent le même domicile.

Définition des enfants à charge

Sont considérés comme enfant à charge :

- ✳ Jusqu'au 31 décembre 2019, les enfants âgés de moins de 21 ans, sous réserve de posséder le statut 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 avant le 31 décembre 2016 et de le conserver en l'absence de changement de leur situation, et être non-salariés
- ✳ les enfants de moins de 18 ans, non-salariés, ayant 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,

- ✳ les enfants de moins de 18 ans, non-salariés, bénéficiant d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de Sécurité sociale et reconnu à charge par l'administration fiscale du Participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
- ✳ les enfants âgés de 18 ans à moins de 21 ans, non-salariés, bénéficiant d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de Sécurité sociale et reconnu à charge par l'administration fiscale du Participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
- ✳ les enfants du Participant ou de son conjoint, âgés de moins de 26 ans :
 - ✳ s'ils poursuivent leurs études et sont inscrits au régime de Sécurité sociale des étudiants,
 - ✳ s'ils sont sous contrat d'apprentissage,
 - ✳ s'ils sont à la recherche d'un emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi ;
- ✳ quel que soit leur âge, les enfants titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

5.2 Conditions d'affiliation et de modification des bénéficiaires

Le conjoint et les enfants à charge du Participant tels que définis ci-dessus, peuvent être couverts par une extension facultative souscrite individuellement par chaque Participant.

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,
- ✳ chaque 1^{er} janvier, sous réserve que le Participant en fasse la demande auprès de l'Institution avant 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.

Cas de la souscription du régime socle de base et du régime surcomplémentaire optionnel par l'Adhérent

Leur couverture porte à minima sur le régime socle de base obligatoire et en tout état de cause ne peut excéder le niveau de couverture du Participant.

Justificatifs à fournir

Le Participant doit joindre avec la Déclaration d'Affiliation, selon sa situation :

- ✳ la copie du livret de famille,
- ✳ la copie du certificat de mariage,
- ✳ l'attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
- ✳ une 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 ...).

Pour les personnes à charge selon leur situation :

- ✳ la photocopie du dernier avis d'imposition commune du Participant et de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, ou en cas d'imposition séparée la photocopie du dernier avis d'imposition du Participant et celle de son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin,

Pour les enfants âgés de 18 ans à moins de 21 ans, non salariés :

- ✦ l'attestation sur l'honneur pour la première année de rattachement fiscal,
- ✦ la copie de la carte d'étudiant,
- ✦ la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
- ✦ l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
- ✦ tout document de reconnaissance de l'état d'infirmité permanente (dont la copie de la carte d'invalidité).

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

L'Institution se réserve le droit de demander au Participant toutes autres pièces justificatives.

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

5.3 Cessation de l'affiliation des bénéficiaires

L'affiliation des bénéficiaires prend fin en cas de cessation de l'affiliation du Participant. Elle cesse également :

- ✦ à la date à laquelle les bénéficiaires 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 bénéficiaires 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 du bénéficiaire. 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.

TITRE II - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

► Article 6 - Contrat solidaire et responsable

Le présent 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.

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

- ✦ conformément à l'article L. 160-13 II du Code de la Sécurité sociale, la participation forfaitaire due par le bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale. Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile,
- ✦ conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité sociale, la franchise applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D.160-9 du Code de la Sécurité sociale pour certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la Santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du Code de la Sécurité sociale),
- ✦ conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, la majoration de la participation supportée par le bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.

Le présent contrat est modifié de plein droit par l'évolution légale ou réglementaire des conditions posées au « contrat responsable » ou au « contrat solidaire ».

Article 7 - Garanties frais de santé

Les garanties figurent en annexe I des présentes Conditions Générales.

7.1 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 à l'article 8 . 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 aux tableaux des garanties annexés.

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.

Donnent lieu à remboursement, selon les modalités prévues aux tableaux des garanties, les frais suivants :

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

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

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

HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné) :

Hospitalisation chirurgicale :

- ✦ Frais chirurgicaux proprement dits.

Hospitalisation médicale :

- ✦ Pour tout séjour en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence **au 1^{er} jour d'hospitalisation et ce sans limitation de durée.**

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

- ✦ Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la Liste des Produits et des Prestations (LPP) facturables et spécialités pharmaceutiques),
- ✦ Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire ayant signé ou non un contrat d'accès aux soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),
- ✦ Frais de chambre particulière (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**),
- ✦ Forfait hospitalier prévu est pris en charge sans limitation de durée,
- ✦ 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 »,

- ✎ Participation forfaitaire pour les actes coûteux.

SOINS DE VILLE (secteur conventionné et non conventionné) :

- ✎ Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste, ayant signé ou non le contrat d'accès aux soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),
- ✎ Soins d'auxiliaires médicaux,
- ✎ Petite chirurgie et actes de spécialité réalisés par un médecin spécialiste ayant signé ou non le contrat d'accès aux soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),
- ✎ Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie réalisés par un médecin ayant signé ou non le contrat d'accès aux soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),
- ✎ Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la Sécurité sociale,
- ✎ Autre appareillage remboursé par la Sécurité sociale,
- ✎ Participation forfaitaire pour les actes coûteux.

PHARMACIE :

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

TRANSPORT :

- ✎ Frais de transport.

FRAIS DENTAIRE :

- ✎ Soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale (soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire),
- ✎ Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale,
- ✎ Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale,
- ✎ Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale :
 - ✎ Prothèses dentaires fixes : couronnes, bridges et inter de bridges,
 - ✎ Couronne sur implant,
 - ✎ Prothèses dentaires amovibles (y compris transitoire),
 - ✎ Réparations sur prothèses,
 - ✎ Inlays-cores.
- ✎ Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale :
 - ✎ Prothèses dentaires fixes : couronnes, bridges,
 - ✎ Prothèses dentaires provisoires,
 - ✎ Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique).
- ✎ Orthodontie remboursées 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.

FRAIS 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. 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 (verres ou monture) et s'achève deux ans après.
- ✎ Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale,
- ✎ Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux).

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 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.

PRÉVENTION ET AUTRES SOINS :

- ✎ L'Institution prend en charge les actes de prévention au titre de chaque poste concerné par ces actes,
- ✎ Médecine douce : par dérogation à l'article « Risques exclus », peuvent être pris en charge les actes effectués par les praticiens listés dans le tableau de garanties,
Les actes doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat, inscrit au registre préfectoral et exerçant en France,
- ✎ Traitement anti-tabac remboursé par la Sécurité sociale,
- ✎ Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale,
- ✎ Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale.

7.2 Soins engagés hors de France

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

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

L'Institution intervient dès lors que les Participants bénéficient d'une prise en charge par la Sécurité sociale française ou par le régime de Sécurité sociale du pays d'accueil.

Dans les deux cas elle intervient en complément des tarifs théoriques de la Sécurité sociale française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues par le contrat.

Les présentes Conditions Générales ne couvrent pas les salariés expatriés.

Justificatifs

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

► Article 8 - Risques exclus

Ne donnent pas lieu aux garanties définies à l'article 7 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.

► Article 9 - Modalités de versement des prestations

9.1 Services de tiers payant

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

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

Le Participant et ses bénéficiaires qui n'utilisent pas leur carte de tiers-payant ou se voient refuser ce service par le professionnel de santé doivent demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursés par l'Institution.

La 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 aux tableaux des garanties figurant en annexe.

9.2 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 contrat et en tout état de cause **dans la limite de 300 % de la base de remboursement** pour les honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire, à l'exception des frais personnels.

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

9.3 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. À défaut, le bénéficiaire se voit opposer la prescription visée à l'article 17.2.

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 la situation familiale (instance de divorce, procédure en cours de rupture du PACS ou de séparation des concubins, succession).**

TITRE III - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

► Article 10 – Entrée en vigueur des garanties - Suspension et conditions de maintien

Prise d'effet des garanties

Les garanties du régime obligatoire souscrit par l'entreprise prennent effet immédiatement à compter de la date d'effet de l'adhésion de l'Adhérent, pour les Participants présents à cette date, sous réserve des dispenses d'affiliation prévues à l'accord du 6 octobre 2015 et des dispenses d'affiliation d'ordre public.

À défaut, elles prennent effet à compter de la date d'embauche intervenant postérieurement à l'adhésion de l'Adhérent, sous réserve des dispenses d'affiliation prévues à l'accord du 6 octobre 2015 et des dispenses d'affiliation d'ordre public.

Dans le cadre de l'adhésion facultative au régime surcomplémentaire optionnel si le régime socle de base a été souscrit par l'Adhérent, les garanties de la formule retenue prennent effet à la date d'effet d'affiliation du Participant, dans les conditions mentionnées à l'article 4.3 b.

Les garanties étendues aux membres de sa famille prennent effet, sous réserve de la production des justificatifs visés à l'article 5.2 :

- ✦ au plus tôt, à la même date d'affiliation que le Participant, lorsque ce dernier a exprimé son choix d'étendre les garanties à sa famille,
- ✦ à la date de l'évènement dans le cas d'une affiliation suite à un changement de situation familiale,
- ✦ et dans les autres cas, au 1^{er} janvier, sous réserve que le Participant en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

Conditions de suspension des garanties

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'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'affiliation au contrat et par conséquent les garanties sont maintenues au Participant, moyennant le paiement des cotisations.

En outre, le Participant dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de rémunération a la possibilité de demander le maintien des garanties du présent contrat, moyennant le paiement de la cotisation correspondante à sa charge exclusive, pendant la suspension de son contrat de travail dans le cadre d'un contrat collectif facultatif, sous réserve d'en faire la demande dans le mois suivant la suspension du contrat de travail.

► Article 11 – Cessation de l'affiliation des Participants

Sous réserve de l'application de l'article 12.1 des présentes Conditions Générales, l'affiliation du Participant cesse de plein droit :

- ✦ soit à la date de résiliation ou de non renouvellement de l'adhésion de l'entreprise,
- ✦ soit à la date de sortie des effectifs,
- ✦ soit à la date de départ à la retraite, à l'exception des Participants

repreuant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'Adhérent,

- ✦ soit à la date d'évolution dans une catégorie non assurée,
- ✦ en tout état de cause à la date de résiliation du contrat.

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

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

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

► Article 12 – Maintien des garanties santé

12.1 Maintien des garanties santé à titre gratuit au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale

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

Conditions au maintien de l'affiliation

Sous réserve pour le Participant d'être éligible 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'Institution tient à la disposition de l'Adhérent un formulaire type « Déclaration de portabilité » qu'il devra lui retourner dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture. À défaut, l'affiliation du Participant cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

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

Effet et durée 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, excepté si le contrat prévoit une durée de maintien de garanties à titre gratuit supérieure.**

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

- ✦ à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès),
- ✦ en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après,
- ✦ en cas de résiliation du présent contrat quel qu'en soit le motif, y compris quand cette résiliation fait suite à la liquidation judiciaire ou la disparition de l'Adhérent.

Obligations déclaratives

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

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

Garanties

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

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat intervenant durant la période de portabilité sont opposables au Participant.

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

Financement

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

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

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

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

Sous réserve d'être informé par l'Adhérent de la cessation du contrat de travail pour l'un des motifs ci-dessus, ou du décès du Participant, l'institution leur adressera la proposition de maintien individuel de la couverture aux intéressés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale ou du décès du Participant.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'institution dans les six mois suivant la rupture du 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, ou dans les six mois suivant le décès du Participant.

Les prestations proposées seront identiques à celles prévues par le présent contrat.

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

► Article 13 - Assiette et montant des cotisations

Les cotisations annuelles sont fixées en fonction, notamment des garanties souscrites et compte tenu des dispositions réglementaires et des bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur.

Les taux de cotisations sont mentionnés sur le contrat d'adhésion.

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 5.2. des Conditions Générales.

Le taux de cotisation est différent pour le Participant, son conjoint ou assimilé d'une part et les enfants à charge d'autre part.

La cotisation « enfant » est gratuite à compter du 3ème enfant affilié.

► Article 14 - Paiement des cotisations

Les cotisations sont exprimées en fonction du plafond annuel de la Sécurité sociale.

Pour les Participants dont l'affiliation prend effet en cours de mois, les cotisations sont dues à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant. Pour les Participants dont le contrat de travail est rompu en cours de mois, les cotisations sont dues pour le mois civil entier.

Pour le régime obligatoire (base ou amélioré 1 ou amélioré 2) et pour le cas échéant le régime surcomplémentaire optionnel lorsque l'appel des cotisations est effectué auprès de l'Adhérent :

- ✦ Les cotisations sont recouvrées trimestriellement à terme échu par l'Adhérent. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

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.

Sur la base de l'état nominatif annuel des salaires visé à l'article 4.1.7 et communiqué par l'Adhérent à l'Institution, cette dernière procède aux ajustements de cotisations éventuellement nécessaires au cours du 1^{er} semestre de l'année suivante.

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 intérêts de retard définis ci-après.

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

Pour le régime surcomplémentaire optionnel, lorsque l'appel des cotisations est effectué auprès du Participant :

- ✦ Les cotisations seront recouvrées selon la périodicité indiquée sur la déclaration d'affiliation.

À défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'adhésion individuelle du Participant au régime surcomplémentaire optionnel et le cas échéant de l'extension des garanties aux membres de sa famille pourront être résiliées 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 au régime surcomplémentaire optionnel et le cas échéant de l'extension des garanties aux membres de la famille 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 intérêts de retards définis ci-après.

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 présent contrat, dans les conditions légales et réglementaires et conformément aux dispositions ci-dessous.

L'adhésion de l'Adhérent 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 15 - Révision des cotisations et/ou des garanties par l'Institution

15.1 Révision annuelle des cotisations

Les taux de cotisations sont maintenus jusqu'au 31 décembre 2015 pour les adhésions effectuées avant le 31 décembre 2013, sauf en cas de modifications des dispositions réglementaires de la Sécurité sociale.

Au-delà de cette période et pour les adhésions effectuées à compter du 1^{er} janvier 2014, celles-ci 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.

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

15.2 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. L'adhésion est résiliée à compter du dernier jour précédent la prise d'effet de la modification proposée.

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

► Article 16 - Résiliation de l'adhésion au contrat

16.1 Cas et conditions de résiliation

Outre le cas de la dénonciation annuelle décrit à l'article 3 et la résiliation intervenant à l'occasion de la modification du contrat, l'adhésion au contrat peut être résiliée dans les cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

Non-paiement des cotisations

En cas de défaut de paiement des cotisations par l'Adhérent, selon les conditions définies à l'article 14, l'adhésion au contrat pourra être résiliée de plein droit.

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'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, l'adhésion au contrat est annulée de plein droit.

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

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 de l'adhésion 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.

16.2 Effet de la résiliation ou du non renouvellement

Vis-à-vis de l'Adhérent

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

Le débiteur des cotisations 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 de l'adhésion, 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 de l'adhésion et par conséquent une remise en vigueur des garanties.

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

La résiliation ou le non-renouvellement de l'adhésion de l'Adhérent 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 9.3 des présentes Conditions Générales.

► Article 17 - Recours - Prescription

17.1 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.

17.2 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 la prescription de droit commun que sont :

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

La prescription est 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 18 - Dispositions diverses

18.1 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.

18.2 Protection des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel concernant le Participant sont collectées et traitées pour les besoins de la gestion du présent contrat, dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004. Les données sont exclusivement communiquées aux différents services de l'Institution, et le cas échéant, à ses mandataires, ses réassureurs ou aux organismes professionnels concernés par le contrat.

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

Conformément aux dispositions légales précitées, le Participant dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ses données à caractère personnel à exercer par courriel à contact-cnil@humanis.com ou par lettre à l'adresse suivante : Groupe HUMANIS - Cellule CNIL - Satisfaction clients - 303 rue Gabriel Debacq - 45777 Saran Cedex. Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Il dispose également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement des données le concernant.

Le cas échéant, les bénéficiaires du Participant disposent des mêmes droits concernant leurs données à caractère personnel qu'ils peuvent exercer dans les conditions précédemment citées.

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

18.3 Prospection commerciale par voie téléphonique

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

Toutefois, tant que le présent contrat est en cours, cette inscription n'interdit pas à l'Institution de démarcher téléphoniquement le Participant si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de l'Institution, à l'adresse mentionnée à l'article ci-dessus, à l'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de prospection notamment commerciale, en application de la loi dite « Informatique et Libertés » n°78-17 du 06/01/1978.

► Article 19 - Justificatifs et contrôle

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

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

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

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

L'Institution peut également demander tout renseignement ou pièce permettant d'établir la réalité du paiement des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après paiement des prestations, **y compris après résiliation du contrat**. Pour ouvrir droit à prise en charge, les actes ou soins doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat et inscrits sur des registres nationaux.

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

Les 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.

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

	Bénéficiaire Noémie
Hospitalisation chirurgicale ou médicale Etablissement non conventionné ou conventionné	Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement ...)
Soins courants (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante...)	Aucun document
Médecine alternative	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)
Optique	Facture détaillée et acquittée En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : <ul style="list-style-type: none"> • soit une 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 initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant les nouvelles corrections.
Traitements chirurgicaux des troubles visuels	Notes 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 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.

► Article 20 - Réclamations - Médiation

L'Institution met à la disposition des Adhérents, des Participants 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

Service Satisfaction Clients

303, rue Gabriel Debacq

45777 Saran Cedex

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

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

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

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Institution et après épuisement des voies de recours internes, l'entreprise, le

Participant, les bénéficiaires ou les ayants droit, ou avec l'accord de ceux-ci, l'Institution, peuvent saisir le Médiateur 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

mediateur@ctip.asso.fr

L'avis du médiateur est remis aux parties dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet. Ce délai peut être prolongé par le médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de médiation du CTIP disponible sur le site internet susvisé.

► Article 21 - 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.

ACTIVITÉS SOCIALES : UNE DIMENSION HUMAINE

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

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

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

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

À qui s'adresser

Humanis
Service social

09 72 72 23 23

appel non surtaxé

POUR MIEUX SE COMPRENDRE

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

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

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

Contrat 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.

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

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

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

ANNEXE I - VOS GARANTIES SANTÉ

► Régimes obligatoires

Les garanties ci-après s'appliquent dans le cadre du parcours de soins et dans les conditions et limites prévues aux conditions générales. Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels.

Garanties y compris les remboursements de la Sécurité sociale (sauf pour les forfaits en € ou en % du PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale)	Régime socle Adhésion obligatoire	Régime amélioré 1 Adhésion obligatoire	Régime amélioré 2 Adhésion obligatoire
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MÉDICALE, y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)			
Honoraires - Signataire CAS	100 % BR	190 % BR	280 % BR
Honoraires - Non signataire CAS	100 % BR	170 % BR	200 % BR
Frais de séjours	100 % BR	190 % BR	280 % BR
Chambre particulière	1,5 % du PMSS/jour	1,5 % PMSS/jour	2,5 % du PMSS/jour
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	1 % du PMSS/jour	1,5 % PMSS/jour	2 % du PMSS/jour
Forfait hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €	18 €	18 €
SOINS DE VILLE (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)			
Consultations et visites généralistes - Signataires CAS	105 % BR	165 % BR	220 % BR
Consultations et visites généralistes - Non signataires CAS	100 % BR	145 % BR	200 % BR
Consultations et visites spécialistes - Signataires CAS	105 % BR	160 % BR	220 % BR
Consultations et visites spécialistes - Non signataires CAS	100 % BR	140 % BR	200 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires CAS	105 % BR	160 % BR	220 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires CAS	100 % BR	140 % BR	200 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires CAS	100 % BR	100 % BR	220 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires CAS	100 % BR	100 % BR	200 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100 % BR	100 % BR	210 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	210 % BR
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la Sécurité sociale	145 % BR	150 % BR	165 % BR
Autre appareillage remboursé par la Sécurité sociale	100 % BR	155 % BR	175 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €	18 €	18 €
PHARMACIE			
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR ou TFR	100 % BR ou TFR	100 % BR ou TFR
TRANSPORT			
Transports remboursés par la Sécurité sociale	125 % BR	150 % BR	215 % BR
FRAIS DENTAIRES			
Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire	110 % BR	185 % BR	220 % BR
Parodontologie remboursés par la Sécurité sociale	170 % BR	220 % BR	335 % BR
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale	110 % BR	185 % BR	220 % 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	170 % BR	220 % BR	335 % BR

FRAIS DENTAIRES			
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale :			
- Couronnes et bridges	-	118,25 €/acte	236,50 €/acte
- Prothèses dentaires provisoires	-		
- Réparations sur prothèses (sauf les réparations à caractère esthétique)	-		
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	180 % BR	220 % BR	220 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	-	100 % BR	100 % BR
Implants	-	-	8 % PMSS/an/bénéficiaire

FRAIS D'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 adulte dans la limite de 150 € *	4 % PMSS	150 €	150 €
Monture enfant dans la limite de 150 € *	4 % PMSS	150 €	150 €

Verres (par paire) adultes

(a) 2 verres simples (a) ^{(2) *}	4,2 % PMSS	6,6 % PMSS	9 % PMSS
(b) 1 verre simple (a) et un verre complexe (c) ^{(2) *}	5,3 % PMSS	8 % PMSS	14 % PMSS
(c) 2 verres complexes (c) ^{(2) *}	5,3 % PMSS	8 % PMSS	14 % PMSS
(d) 1 verre simple (a) et un verre très complexe (f) ^{(2) *}	5,3 % PMSS	8 % PMSS	14 % PMSS
(e) 1 verre complexe (c) et un verre très complexe (f) ^{(2) *}	5,3 % PMSS	8 % PMSS	14 % PMSS
(f) 2 verres très complexes ^{(2) *}	5,3 % PMSS	8 % PMSS	14 % PMSS

Verres (par paire) enfants

(a) 2 verres simples (a) ^{(2) *}	4,2 % PMSS	6,6 % PMSS	6 % PMSS
(b) 1 verre simple (a) et un verre complexe (c) ^{(2) *}	5,3 % PMSS	8 % PMSS	7 % PMSS
(c) 2 verres complexes (c) ^{(2) *}	5,3 % PMSS	8 % PMSS	7 % PMSS
(d) 1 verre simple (a) et un verre très complexe (f) ^{(2) *}	5,3 % PMSS	8 % PMSS	7 % PMSS
(e) 1 verre complexe (c) et un verre très complexe (f) ^{(2) *}	5,3 % PMSS	8 % PMSS	7 % PMSS
(f) 2 verres complexes ^{(2) *}	5,3 % PMSS	8 % PMSS	7 % PMSS

Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	6 % PMSS/an/ bénéficiaire avec un minimum de 100 % BR	9 % PMSS/an/ bénéficiaire avec un minimum de 100 % BR	10 % PMSS/an/ bénéficiaire avec un minimum de 100 % BR
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	-	8 % PMSS/œil	10 % PMSS/œil

MATERNITÉ ET ADOPTION

Allocation naissance ou adoption (doublée en cas de naissance ou d'adoption multiple)	-	6 % PMSS	12 % PMSS
---------------------------------------------------------------------------------------	---	----------	-----------

PRÉVENTION ET AUTRES SOINS

Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale	-	-	100 % BR + 8 % PMSS/an/bénéficiaire
Médecine douce (acupuncture, chiropractie, ostéopathie)	85 €/an/bénéficiaire	140 €/an/bénéficiaire	180 €/an/bénéficiaire
Traitement anti-tabac remboursé par la Sécurité sociale	30 €/an/bénéficiaire	30 €/an/bénéficiaire	30 €/an/bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	1 % PMSS/an/bénéficiaire	1 % PMSS/an/bénéficiaire	1 % PMSS/an/bénéficiaire
Actes de prévention prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale ⁽³⁾	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge

* Dans la limite pour un équipement (verres + monture) de :

- (a) Equipement avec 2 verres simples (a) ⁽²⁾ : 470 €
- (b) Equipement avec 1 verre simple (a) et un verre complexe (c) ⁽²⁾ : 610 €
- (c) Equipement avec 2 verres complexes (c) ⁽²⁾ : 750 €
- (d) Equipement avec 1 verre simple (a) et un verre très complexe (f) ⁽²⁾ : 660 €
- (e) Equipement avec 1 verre complexe (c) et un verre très complexe (f) ⁽²⁾ : 800 €
- (f) Equipement avec 2 verres très complexes ⁽²⁾ : 850 €

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

(2) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est ≤ à + 4,00 dioptries.

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à + 4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique **pour adulte** dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique **pour adulte** dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

(3) Ces actes sont pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat. A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale - **CAS** : Contrat d'accès aux soins - **FR** : Frais réels - **TFR** : Tarif forfaitaire de responsabilité - **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année. - **MR** : Montant remboursé par la Sécurité sociale

► Régimes surcomplémentaires optionnels à adhésion facultative complémentaire au régime socle de base obligatoire

Les garanties ci-après s'appliquent dans le cadre du parcours de soins et dans les conditions et limites prévues aux conditions générales. Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels.

Garanties y compris les remboursements de la Sécurité sociale (sauf pour les forfaits en € ou en % du PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale)	Option 1 (y compris les garanties du socle) Adhésion facultative	Option 2 (y compris les garanties du socle) Adhésion facultative
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MÉDICALE, y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)		
Honoraires - Signataire CAS	185 % BR	260 % BR
Honoraires - Non signataire CAS	165 % BR	200 % BR
Frais de séjours	185 % BR	260 % BR
Chambre particulière	1,5 % du PMSS/jour	2,5 % PMSS/jour
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	1,2 % du PMSS/jour	1,4 % PMSS/jour
Forfait hospitalier	100 % FR	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €	18 €
SOINS DE VILLE (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)		
Consultations et visites généralistes - Signataires CAS	155 % BR	200 % BR
Consultations et visites généralistes - Non signataires CAS	135 % BR	180 % BR
Consultations et visites spécialistes - Signataires CAS	155 % BR	200 % BR
Consultations et visites spécialistes - Non signataires CAS	135 % BR	180 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires CAS	155 % BR	200 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires CAS	135 % BR	180 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires CAS	100 % BR	200 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires CAS	100 % BR	180 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100 % BR	190 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	190 % BR
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la Sécurité sociale	145 % BR	165 % BR
Autre appareillage remboursé par la Sécurité sociale	145 % BR	165 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €	18 €
PHARMACIE		
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR ou TFR	100 % BR ou TFR
TRANSPORT		
Transports remboursés par la Sécurité sociale	130 % BR	195 % BR
FRAIS DENTAIRES		
Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire	180 % BR	210 % BR
Parodontologie remboursés par la Sécurité sociale	200 % BR	315 % BR
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale	180 % BR	220 % 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	200 % BR	315 % BR

FRAIS DENTAIRES		
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale :		
- Couronnes, bridges	118,25 €/acte	236,50 €/acte
- Prothèses dentaires provisoires		
- Réparations sur prothèses		
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	220 % BR	220 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR
Implants	-	7 % PMSS/an/bénéficiaire

FRAIS D'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 adulte dans la limite de 150 € *	4,5 % PMSS	150 €
Monture enfant dans la limite de 150 € *	4,5 % PMSS	150 €

Verres (par paire) adultes

(a) 2 verres simples (a) ^{(2) *}	5,7 % PMSS	8,5 % PMSS
(b) 1 verre simple (a) et un verre complexe (c) ^{(2) *}	7 % PMSS	13 % PMSS
(c) 2 verres complexes (c) ^{(2) *}	7 % PMSS	13 % PMSS
(d) 1 verre simple (a) et un verre très complexe (f) ^{(2) *}	7 % PMSS	13 % PMSS
(e) 1 verre complexe (c) et un verre très complexe (f) ^{(2) *}	7 % PMSS	13 % PMSS
(f) 2 verres très complexes ^{(2) *}	7 % PMSS	13 % PMSS

Verres (par paire) enfants

(a) 2 verres simples (a) ^{(2) *}	5,7 % PMSS	5,7 % PMSS
(b) 1 verre simple (a) et un verre complexe (c) ^{(2) *}	7 % PMSS	7 % PMSS
(c) 2 verres complexes (c) ^{(2) *}	7 % PMSS	7 % PMSS
(d) 1 verre simple (a) et un verre très complexe (f) ^{(2) *}	7 % PMSS	7 % PMSS
(e) 1 verre complexe (c) et un verre très complexe (f) ^{(2) *}	7 % PMSS	7 % PMSS
(f) 2 verres complexes ^{(2) *}	7 % PMSS	7 % PMSS

Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	7,5 % PMSS/an/bénéficiaire avec un minimum de 100 % BR	8,5 % PMSS/an/bénéficiaire avec un minimum de 100 % BR
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	8 % PMSS/œil	10 % PMSS/œil

MATERNITÉ ET ADOPTION

Allocation naissance ou adoption (doublée en cas de naissance ou d'adoption multiple)	6 % PMSS	12 % PMSS
---------------------------------------------------------------------------------------	----------	-----------

PRÉVENTION ET AUTRES SOINS

Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale	-	100 % BR + 7 % PMSS/an/bénéficiaire
Médecine douce (acupuncture, chiropractie, ostéopathie)	130 €/an/bénéficiaire	170 €/an/bénéficiaire
Traitement anti-tabac remboursé par la Sécurité sociale	30 €/an/bénéficiaire	30 €/an/bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	1 % PMSS/an/bénéficiaire	1 % PMSS/an/bénéficiaire
Actes de prévention prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale ⁽³⁾	Pris en charge	Pris en charge

* Dans la limite pour un équipement (verres + monture) de :

- (a) Equipement avec 2 verres simples (a) ⁽²⁾ : 470 €
- (b) Equipement avec 1 verre simple (a) et un verre complexe (c) ⁽²⁾ : 610 €
- (c) Equipement avec 2 verres complexes (c) ⁽²⁾ : 750 €
- (d) Equipement avec 1 verre simple (a) et un verre très complexe (f) ⁽²⁾ : 660 €
- (e) Equipement avec 1 verre complexe (c) et un verre très complexe (f) ⁽²⁾ : 800 €
- (f) Equipement avec 2 verres très complexes ⁽²⁾ : 850 €

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

(2) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est ≤ à + 4,00 dioptries.

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à + 4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique **pour adulte** dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique **pour adulte** dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

(3) Ces actes sont pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat. A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale - **CAS** : Contrat d'accès aux soins - **FR** : Frais réels - **TFR** : Tarif forfaitaire de responsabilité - **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année. - **MR** : Montant remboursé par la Sécurité sociale



SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE - ÉPARGNE

Humanis Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°410 005 110 - Siège social : 29 boulevard Edgar Quinet - 75014 Paris.



JUR1433-04MH02-19