

**NOTICE D'INFORMATION
DU CONTRAT DE PRÉVOYANCE COLLECTIVE
À ADHÉSION FACULTATIVE**

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

HUMANIS PRÉVOYANCE

IPC GIE

CONTRAT SURCOMPLÉMENTAIRE

N° HUM20180000578S-A

SOMMAIRE

PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS GÉNÉRALES	3
1. OBJET	3
2. DÉFINITIONS	3
3. CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE	4
4. AFFILIATION FACULTATIVE DES PARTICIPANTS ET DES AYANTS DROIT	5
4.1 Conditions de l'affiliation facultative des PARTICIPANTS	5
4.2 Date d'effet de l'affiliation facultative des PARTICIPANTS	5
4.3 Bénéficiaires et Ayants droit	6
4.4 Durée, renouvellement et cessation de l'affiliation	8
4.5 Fausse déclaration intentionnelle	9
4.6 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail	10
5. MAINTIEN DES GARANTIES	10
5.1 Maintien de garanties Santé au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité Sociale : La « portabilité des droits »	10
5.2 Maintien des garanties Santé au titre de l'article 6 de la loi Évin du 31 décembre 1989	11
6. COTISATIONS	12
6.1 Paiement des cotisations	12
6.2 Défaut de paiement des cotisations	12
7. EFFET DE LA RÉSILIATION OU DU NON-RENOUVELLEMENT DU CONTRAT VIS-À-VIS DU PARTICIPANT OU DE SES AYANTS DROIT	12
8. RECOURS - PRESCRIPTION	13
8.1 Recours subrogatoire	13
8.2 Prescription	13
9. RÉCLAMATIONS – MÉDIATION	14
10. CONTRÔLE DE L'INSTITUTION	14
11. DISPOSITIONS DIVERSES	14
DEUXIÈME PARTIE DÉFINITION DES GARANTIES	16
12. GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	16
12.1 Objet et conditions des garanties	16
12.2 Soins engagés à l'étranger	20
12.3 Niveau des garanties	20
13. RISQUES EXCLUS	23
TROISIÈME PARTIE VERSEMENT DES PRESTATIONS	24
14. MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	24
14.1 Paiement des cotisations	24
14.2 Services de Tiers Payant	24
14.3 La prise en charge hospitalière	24
14.4 Demandes de Remboursement	24
14.5 Justificatifs et contrôle	25

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. OBJET

Votre entreprise a souscrit auprès de « HUMANIS Prévoyance », Institution de Prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du code de la Sécurité Sociale, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro 410 005 110, dont le siège social est à PARIS (75014) – 29 boulevard Edgar Quinet, un contrat de prévoyance collective à adhésion facultative.

Ce contrat a pour objet de faire bénéficier l'ensemble du personnel d'une couverture Frais de Santé surcomplémentaire au contrat socle collectif obligatoire souscrit par l'ADHÉRENT auprès de l'INSTITUTION et référencé sous le n° HUM20180000577S-A.

La présente notice est destinée à vous informer sur l'ensemble des garanties souscrites par votre entreprise à compter du **1^{er} janvier 2018**.

2. DÉFINITIONS

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

ADHÉRENT : Personne morale souscriptrice du 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 ses ayants droit dans les conditions définies ci-après.

Catégorie : Ensemble de personnes physiques travaillant ayant travaillé pour le compte de l'ADHERENT ou présentant un lien de même nature avec lui.

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

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

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

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

Contrat surcomplémentaire : A adhésion facultative, il intervient en complément d'un contrat socle d'assurance maladie complémentaire, sous déduction du remboursement opéré par le régime d'assurance maladie obligatoire et dudit contrat socle.

Montant Remboursé par la Sécurité Sociale (MR) : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BR) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité Sociale.

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

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

PARTICIPANT : Personne physique appartenant à la catégorie définie aux Conditions Particulières de la notice d'information qui adhère 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 principe 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.

3. 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 et aux textes d'application de celui-ci.

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.
- La majoration de la participation supportée par le Bénéficiaire et les ayants droit sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du Code de la Santé Publique (accès au dossier Médical Personnel).
- Les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque le Salarié et ses ayants droit consultent sans prescription du médecin traitant.
- Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité Sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

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

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

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

4. AFFILIATION FACULTATIVE DES PARTICIPANTS ET DES AYANTS DROIT

4.1 Conditions de l'affiliation facultative des PARTICIPANTS

Le contrat permet à chaque personne appartenant à la catégorie définie en objet, qui le souhaite, de bénéficier des garanties prévues au contrat souscrit par l'ADHÉRENT, moyennant le paiement des cotisations correspondantes.

Le contrat étant souscrit par l'ADHÉRENT en tant que régime surcomplémentaire le PARTICIPANT doit justifier de son affiliation au contrat socle.

4.2 Date d'effet de l'affiliation facultative des PARTICIPANTS

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

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

L'affiliation prend effet :

- à la date à laquelle le PARTICIPANT bénéficie du contrat socle collectif obligatoire souscrit par l'ADHÉRENT et référencé sous le n° **HUM20180000577S-A**, s'il choisit d'adhérer à cette date,
- à défaut, si le PARTICIPANT choisit d'adhérer à une date postérieure, au 1^{er} jour du mois suivant la réception par l'INSTITUTION de la demande du PARTICIPANT.

Outre les cas de cessation de l'affiliation du PARTICIPANT prévus ci-après, l'affiliation du PARTICIPANT est résiliée de plein droit à la date à laquelle le PARTICIPANT ne bénéficie plus du contrat socle collectif obligatoire n° **HUM20180000577S-A**.

4.3 Bénéficiaires et Ayants droit

Choix des Bénéficiaires

Sont couverts, au choix du PARTICIPANT et sous réserve, le cas échéant, 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, lui-même conjointement avec ses ayants droit.

Outre le PARTICIPANT, peuvent être bénéficiaires du contrat, l'ensemble des ayants droit garantis par son intermédiaire au titre du contrat socle collectif obligatoire n° **HUM20180000577S-A**.

La structure de cotisations est une structure Isolé/Famille.

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le PARTICIPANT et de la communication à l'INSTITUTION des justificatifs visés ci-après.

Définition des Ayants droit

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

- ✓ le Conjoint,
- ✓ le Partenaire d'un PACS,
- ✓ le Concubin,
- ✓ les personnes à la charge du PARTICIPANT entendues comme :

1) Enfants à charge :

- ✓ les enfants du PARTICIPANT, de son Conjoint, de son Partenaire lié par un PACS ou de son Concubin, s'ils sont effectivement à la charge du PARTICIPANT, c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien, et satisfaisant à l'une des conditions suivantes :

- être âgés de moins de 18 ans, être non-salariés et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité Sociale du PARTICIPANT, de son Conjoint, de son Partenaire lié par un PACS ou de son Concubin ;

Cas particulier des enfants âgés de 18 à moins de 21 ans, non-salariés et 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, dans le cadre de la réforme de la Protection Universelle Maladie: ces ayants droit majeurs déjà à charge au sens de la Sécurité Sociale au 1^{er} janvier 2016 conservent la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité Sociale pendant la période transitoire instaurée par la Protection Universelle Maladie et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2019 tant que leur situation ne subit pas de changement durant cette période. Ils sont considérés comme Enfants à charge au titre du contrat.

- ou être âgés de moins de 21 ans, être non-salariés, bénéficier d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de Sécurité Sociale et reconnu à charge par l'administration fiscale du PARTICIPANT ;
 - ou être âgés de moins de 26 ans et sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation :
 - être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi,
 - ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel,
 - ou bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ;
 - ou être âgés de moins de 28 ans, être non-salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé ;
 - ou quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^{ème} anniversaire.
- ✓ les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le PARTICIPANT verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

2) les ascendants, descendants à charge :

Les ascendants, descendants du PARTICIPANT ou ceux de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un PACS, vivant sous le toit du PARTICIPANT sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation.

Cas particulier des ascendants, descendants figurant sur la carte de Sécurité Sociale du PARTICIPANT ou de son conjoint ou de son Partenaire lié par un PACS ou de son Concubin, dans le cadre de la réforme de la Protection Universelle Maladie: ces ayants droit déjà à charge au sens de la Sécurité Sociale au 1^{er} janvier 2016 conservent la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité Sociale pendant la période transitoire instaurée par la Protection Universelle Maladie et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2019 tant que leur situation ne subit pas de changement durant cette période. Ils sont considérés comme personnes à charge au titre du contrat.

Affiliation des ayants droit :

Le PARTICIPANT déclare à l'ADHERENT et à l'INSTITUTION ses ayants droit à affilier. Ils doivent être strictement identiques à ceux affiliés au titre du contrat « socle ».

Cette déclaration a lieu à l'occasion de l'affiliation du PARTICIPANT ou d'une évolution de la situation familiale.

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

Justificatifs à fournir

Le PARTICIPANT doit joindre avec le Bulletin Individuel 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 PACS,

- 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 copie du dernier avis d'imposition commune ou en cas d'imposition séparée la copie du dernier avis d'imposition du PARTICIPANT et celle de son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin,
 - pour l'enfant à charge de 18 ans à moins de 21 ans non salarié, l'attestation sur l'honneur pour la première année de rattachement fiscal,
 - la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - la copie du certificat de scolarité,
 - l'attestation d'inscription à Pôle Emploi,
 - tout document de reconnaissance de l'état d'infirmité permanente (dont la copie de la carte d'invalidité),
 - la copie du dernier Bulletin de salaire,
 - pour les ascendants ou descendants à charge : copie de l'avis d'imposition de la personne à charge, ainsi que tout justificatif de domicile au nom de la personne à charge (facture,..) ou à défaut attestation sur l'honneur de domiciliation établie sur papier libre, signée par le Participant et la personne à charge.

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

L'INSTITUTION se réserve le droit de demander au PARTICIPANT toute autre pièce justificative.

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

Date d'effet de l'affiliation des ayants droit

La garantie de l'INSTITUTION au titre des ayants droit est due à la date d'effet de leur affiliation au contrat « socle ».

4.4 Durée, renouvellement et cessation de l'affiliation

Durée et renouvellement de l'affiliation du PARTICIPANT

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

Cessation de l'affiliation du PARTICIPANT

Sous réserve de l'application du maintien de garanties Santé au titre de la « portabilité des droits », l'affiliation du PARTICIPANT cesse de plein droit :

- soit à la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat,
- soit à la date à laquelle le PARTICIPANT ne fait plus partie de la catégorie assurée,
- soit à la date à laquelle le PARTICIPANT n'est plus affilié au régime socle,
- soit à la date du décès du PARTICIPANT.

L'affiliation du PARTICIPANT peut également cesser :

- **à la demande du PARTICIPANT :**

- au 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec avis de réception, sous réserve que cette demande parvienne à l'INSTITUTION au plus tard le 31 octobre. Cette disposition ne s'applique pas, toutefois, au PARTICIPANT qui justifie être couvert au titre d'un contrat groupe obligatoire, à la condition que le nouvel organisme complémentaire fournisse l'attestation correspondante ; auquel cas, l'affiliation cesse au 1er jour du mois civil suivant la notification de la dénonciation et les cotisations versées par avance sont remboursées,
- en cas de modification apportée à ses droits et obligations par l'INSTITUTION notamment en cas de révision des cotisations et/ou des garanties.

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

- **à la demande de l'INSTITUTION :**

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

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

Le PARTICIPANT qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de la cessation de son affiliation 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.

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 sont plus affiliés au régime socle.

4.5 Fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L. 932-16 du Code de la Sécurité Sociale, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle d'un PARTICIPANT susceptible de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion pour l'INSTITUTION, alors même que le risque omis ou dénaturé par le PARTICIPANT a été sans influence sur la réalisation du risque, le contrat est annulée de plein droit.

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

4.6 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

4.6.1 Dispositions spécifiques applicables en cas de suspension du contrat de travail avec maintien de rémunération ou perception d'indemnité

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.

4.6.2 Dispositions spécifiques applicables en cas de suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération ou perception d'indemnité

➤ En cas de suspension du contrat de travail non visée ci-avant d'une durée inférieure à un mois, l'affiliation au contrat et par conséquent les garanties sont maintenues au PARTICIPANT. L'ADHÉRENT et/ou le PARTICIPANT sont tenus au paiement des cotisations.

➤ En cas de suspension du contrat de travail non visé au point 4.6.1 d'une durée supérieure ou égale à un mois, les garanties sont suspendues.

Durant le maintien des garanties, la couverture des ayants droit est mise en œuvre dans les conditions prévues aux points 4.3 et 4.4.

5. MAINTIEN DES GARANTIES

5.1 Maintien de garanties Santé au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité Sociale : La « portabilité des droits »

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

Conditions du maintien des garanties

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

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

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

- conformément au 5° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité Sociale, le PARTICIPANT satisfait aux obligations déclaratives rappelées ci-après.
- conformément au 6° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité Sociale, l'ADHÉRENT l'a informée du droit du PARTICIPANT à la suite de la rupture du contrat de travail.

Effet et durée du maintien des garanties

L'affiliation du PARTICIPANT est maintenue à compter de la date de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsque ceux-ci 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 du 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

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

- 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 d'assurance chômage.

Garanties

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

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

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

L'ADHÉRENT s'engage à informer le PARTICIPANT de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat. Notamment, l'ADHÉRENT remet au PARTICIPANT l'addendum modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information remise par l'INSTITUTION.

Financement

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

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

Sous réserve d'en faire la demande à l'INSTITUTION, les PARTICIPANTS peuvent continuer à bénéficier de garanties Frais de Santé à titre individuel, y compris au terme du maintien prévu au titre de la « portabilité des droits », moyennant le paiement de cotisations spécifiques, dans les cas suivants :

- cessation de l'affiliation,
- résiliation ou non-renouvellement du contrat.

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

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

6. COTISATIONS

6.1 Paiement des cotisations

Les cotisations sont recouvrées selon la périodicité indiquée aux Conditions Particulières du contrat souscrit par l'ADHÉRENT. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

Les cotisations sont acquittées dans les conditions définies sur le Bulletin Individuel d'Affiliation.

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

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

6.2 Défaut de paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une seule des cotisations dues dans les dix jours de son échéance, le PARTICIPANT pourra être exclu du groupe assuré, avec pour conséquence la fin de son affiliation, dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi par l'INSTITUTION de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées.

L'exclusion du PARTICIPANT du groupe assuré par l'INSTITUTION ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard mentionnées ci-avant.

L'affiliation 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.

7. EFFET DE LA RÉSILIATION OU DU NON-RENOUVELLEMENT DU CONTRAT VIS-À-VIS DU PARTICIPANT OU DE SES AYANTS DROIT

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat met fin aux garanties.

Les demandes de remboursements de soins adressées à l'INSTITUTION après la fin des garanties seront prises en compte à la condition que la date des soins indiquée sur les décomptes de la Sécurité Sociale soit antérieure à la date de fin de couverture et sous réserve des dispositions du point 14.4 « Demandes de Remboursement » de la présente notice d'information.

8. RECOURS - PRESCRIPTION

8.1 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 à caractère indemnitaire 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.

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

Lorsque l'action de l'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 aux articles 2241 à 2243 de ce même code,
- un acte d'exécution forcée prévu aux articles 2244 à 2246 de ce même code.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter :

- de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par l'INSTITUTION au participant en vue d'obtenir le paiement de cotisations,
- de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par le participant ou ses ayants droit à l'INSTITUTION en vue d'obtenir le règlement d'une prestation.

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

9. RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

L'INSTITUTION 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
45777 SARAN Cedex

Tel. (appel non surtaxé) : le numéro est 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 être fournie dans ce délai, l'INSTITUTION 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'INSTITUTION et après épuisement des voies de recours internes, le PARTICIPANT 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 Cambacérès – 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.

10. 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 9.

11. DISPOSITIONS DIVERSES

11.1 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 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-cnild@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 ayants droit 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.

11.2 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 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 au point 11.1, 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 6 janvier 1978.

DEUXIÈME PARTIE

DÉFINITION DES GARANTIES

12. GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

12.1 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, pour les frais donnant lieu à remboursement 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 par l'INSTITUTION mentionnés au point 3 de la présente notice.

Le contrat étant souscrit par l'ADHÉRENT en tant que contrat surcomplémentaire, les garanties prévues par celui-ci s'entendent y compris des remboursements effectués par le régime de base de Sécurité Sociale et le contrat socle.

Les garanties Frais de Santé sont conformes aux dispositions du Contrat Responsable visé au point 3.

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

Par dérogation, certains frais inscrits à la Nomenclature, mais non remboursés par la Sécurité Sociale, peuvent donner lieu cependant à un remboursement par l'INSTITUTION dans les conditions fixées dans la présente 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.

Le remboursement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé spécialistes et généralistes, hors parcours de soins, est réduite dans les mêmes conditions quel que soit le secteur conventionnel d'exercice. Lorsque ces mêmes professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et non signataire du Contrat d'Accès aux Soins, la base de remboursement retenue pour le calcul de la prise en charge du dépassement d'honoraires pratiqué est celle du tarif d'autorité.

Peuvent donner lieu à remboursement les frais suivants, selon les garanties effectivement souscrites, prévues au tableau de garanties figurant dans la présente notice d'information. Dès lors que le remboursement de l'INSTITUTION est plafonné, la limite doit s'entendre par an et par bénéficiaire sauf dispositions spécifiques figurant au tableau des garanties.

Suite à la nouvelle convention médicale du 25 août 2016, publiée au Journal Officiel du 23 octobre 2016, les mentions contractuelles « Contrat d'Accès aux Soins », « CAS » et « non CAS » sont remplacées respectivement par :

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

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, sans autre impact sur les garanties et cotisations.

Frais d'hospitalisation en secteurs conventionné et non conventionné (y compris maternité) :

- **Hospitalisation chirurgicale :**
 - **Frais chirurgicaux proprement dits,**
- **Hospitalisation médicale :**
 - **Pour tout séjour notamment en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence au 1^{er} jour d'hospitalisation,**
- **Hospitalisation à domicile (HAD) prise en charge par la Sécurité Sociale.**
- **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.
 - Forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité Sociale est pris en charge sans limitation de durée.

Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).
 - Forfait ambulatoire.
 - Frais de chambre particulière (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**).
 - Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de moins de 12 ans bénéficiaire du contrat (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**). Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».

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.**

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

- Participation forfaitaire pour les actes coûteux,
- Périodurale.

Soins de ville en secteurs conventionné et non conventionné :

- Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste, ayant signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins,
- Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement,
- Petite chirurgie et actes de spécialité réalisés par un médecin spécialiste ayant signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins,
- Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie réalisés par un médecin ayant signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins,
- Biologie médicale,
- Ostéodensitométrie,
- Amniocentèse,
- Participation forfaitaire pour les actes coûteux.

Pharmacie :

- Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité Sociale,
- Frais pharmaceutiques non remboursés par la Sécurité Sociale,
- Vaccins,
- Pilules contraceptives,
- Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac (médicaments d'aide à l'arrêt du tabac recommandés par la Haute Autorité de Santé, hors cigarettes électroniques).

Frais de transport

Appareillage :

- Orthopédie et prothèses diverses,
- Prothèses auditives, pile et entretien de la prothèse auditive,
- Prothèses capillaires et mammaires remboursées par la Sécurité Sociale.

Frais dentaires :

- Soins et actes dentaires (soins, prophylaxie bucco-dentaire, endodontie) remboursés par la Sécurité Sociale,
- Parodontologie remboursée ou non par la Sécurité Sociale,
- Inlays, Onlays remboursés par la Sécurité Sociale,
- Prothèses dentaires remboursées ou non par la Sécurité Sociale,
- Orthodontie remboursée ou non par la Sécurité Sociale,
- Implants : implant, pilier implantaire.

Les réparations sur prothèses non remboursées à caractère esthétique ne font l'objet d'aucun remboursement dans le cadre du contrat.

Optique :

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

La prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans. Le renouvellement de l'équipement dans un délai inférieur à 24 mois suivant l'acquisition précédente ne pourra donner lieu à une prise en charge par le Contrat. Par dérogation, cette période est réduite à un an pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

La période de 24 mois ou, le cas échéant, de 12 mois, s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique. Lorsque le Bénéficiaire effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture et d'autre part les verres) celle-ci débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique et s'achève deux ans après.

- **Lentilles cornéennes remboursées ou non par la Sécurité Sociale** (y compris lentilles jetables),
- **Chirurgie réfractive** (toute chirurgie des yeux).

Maternité et adoption :

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

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

Elle est doublée en cas de naissance ou d'adoption multiple.

Seule la naissance d'un enfant du PARTICIPANT (qu'il soit le père ou la mère) ouvre droit à prestation. De même, en cas d'adoption, l'enfant doit être adopté par le PARTICIPANT lui-même.

Prévention :

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

- le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sur les 1^{ères} et 2^{ème} molaires permanentes des enfants avant leur 14^{ème} anniversaire, à raison d'une fois par dent,
- un détartrage annuel complet, effectué en 2 séances maximum,
- un bilan du langage oral et/ou un bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit pour les enfants de moins de 14 ans, à condition qu'il s'agisse d'un 1^{er} bilan,
- le dépistage de l'hépatite B,
- le dépistage, une fois tous les 5 ans, des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour les actes d'audiométrie tonale et/ou vocale (dans le bruit ou avec tympanométrie),
- l'acte d'ostéodensitométrie osseuse remboursable par l'Assurance Maladie (pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans),
- les vaccins suivants : Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite (à tous âges) ; Coqueluche (avant 14 ans) ; Hépatite B (avant 14 ans) ; BCG (avant 6 ans) ; Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; Haemophilus influenzae B ; vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Médecine alternative : Par dérogation aux « RISQUES EXCLUS », peuvent être pris en charge 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 thermique : Les frais de cure thermique (forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement) acceptés par la Sécurité Sociale.

12.2 Soins engagés à l'étranger

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

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

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

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

Le contrat ne couvre pas les salariés expatriés.

Justificatifs

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

12.3 Niveau des garanties

L'INSTITUTION verse les prestations exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BR) au titre des garanties du contrat sous déduction du remboursement de la Sécurité Sociale et de ceux prévus au titre du contrat socle obligatoire n° **HUM20180000577S-A**.

Les prestations exprimées forfaitairement sont complémentaires aux éventuels remboursements versés au titre du régime de base de la Sécurité Sociale et sous déduction de ceux prévus au titre du contrat socle collectif obligatoire n° **HUM20180000577S-A**.

DÉTAILS DES GARANTIES

REGIME SURCOMPLEMENTAIRE	
Les garanties s'entendent SOUS DEDUCTION des prestations de la Sécurité sociale (sauf garanties exprimées en forfait). Ces garanties s'entendent dans la double limite, d'une part des frais réels - MR, et d'autre part dans la limite de :	
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE, y compris maternité (secteurs conventionné et non conventionné (1))	
Hospitalisation chirurgicale	
Etablissements conventionnés	
◇ Frais de séjour et Fournitures diverses	100 % des Frais Réels
◇ Honoraires - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	100 % des Frais Réels
◇ Honoraires - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	200 % de la BR
Etablissements non conventionnés	
◇ Frais de séjour et Fournitures diverses	580 % de la BR
◇ Honoraires	200 % de la BR
Hospitalisation médicale	
Etablissements conventionnés	
◇ Frais de séjour et Fournitures diverses	100 % des Frais Réels
◇ Honoraires - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	100 % des Frais Réels
◇ Honoraires - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	200 % de la BR
Etablissements non conventionnés	
◇ Frais de séjour et Fournitures diverses	580 % de la BR
◇ Honoraires	200 % de la BR
Forfait journalier	100 % des Frais Réels
Chambre particulière en hospitalisation, y compris forfait ambulatoire	4 % du PMSS par jour
Chambre particulière en maternité	2 % du PMSS par jour
Frais d'accompagnement (enfant - de 12 ans)	4 % du PMSS par jour
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 Euros
SOINS DE VILLE (secteurs conventionné et non conventionné (1))	
Consultations et visites de généralistes ou de spécialistes - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	420 % de la BR
Consultations et visites de généralistes ou de spécialistes - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	200 % de la BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	570 % de la BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	200 % de la BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	300 % de la BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	150 % de la BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	310 % de la BR
Biologie médicale	310 % de la BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 Euros
PHARMACIE	
Frais pharmaceutiques remboursés par la SS	100 % de la BR
Vaccins non remboursés par la SS	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 75 Euros
Pilules contraceptives non remboursées par la SS	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 90 Euros
Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac remboursé par la SS	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 2,60 % du PMSS
FRAIS DE TRANSPORT	
Frais de transport remboursé par la SS	165 % de la BR
APPAREILLAGE	
Orthopédie et prothèses diverses remboursées par la SS	460 % de la BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 500 Euros
Prothèses auditives (+ piles et entretien) remboursées par la SS	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 1300 Euros

FRAIS DENTAIRES	
Soins dentaires remboursés par la SS : soins dentaires, actes de prophylaxie bucco-dentaire, actes d'endodontie, parodontologie	320 % de la BR
Parodontologie non remboursée par la SS	600 Euros par an et par bénéficiaire
Inlays-onlays remboursés par la SS	425 Euros
Prothèses dentaires remboursées par la SS : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Prothèses dentaires transitoires - Réparations sur prothèses - Inlays-cores	600 % de la BR
Prothèses dentaires non remboursées par la SS : - Couronnes et bridges - Réparations sur prothèses (sauf les réparations à caractère esthétique)	425 Euros par acte
Orthodontie remboursée par la SS	500 % de la BR
Orthodontie non remboursée par la SS	580 Euros par semestre
Implantologie	575 Euros par acte
Plafond dentaire applicable sur l'ensemble des garanties dentaires	200% PMSS/an/bénéficiaire
OPTIQUE	
Limitation à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (1 équipement tous les ans)	
Verres remboursés par la SS	Verres simples : 160 Euros par verre Verres complexes : 245 Euros par verre Verres très complexes : 245 Euros par verre
Monture remboursée par la SS	150 Euros
Lentilles remboursées ou non par la SS (y compris jetables)	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 15 % du PMSS
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	575 Euros par oeil
MATERNITE ET ADOPTION	
Allocation naissance ou adoption	Allocation forfaitaire égale à 20 % du PMSS
PREVENTION	
Actes de prévention (3)	Pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat (4)
MEDECINE ALTERNATIVE	
Acupuncteur, Chiropracteur, Diététicien, Ergothérapeute, Etiopathie, Homéopathe, Méthode Mézières, Microkinésithérapeute, Nutritionniste, Ostéopathe, Pédicure, Podologue, Psychologue, Psychomotricien, Psychothérapeute, Réflexologue, Sophrologue	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 340 Euros
CURE THERMALE	
Cure thermale remboursée par la SS : - honoraires et soins remboursés par la SS - transport et hébergement remboursés par la SS	100 % de la BR plus un forfait annuel égal à 0 % du PMSS
SERVICES	
Assistance de base + Plateforme Itélis + Téléconsultation + Hospiway	Inclus
Tiers Payant iSanté	Prévu
Tiers Payant Optique	Prévu

Définition des types de verres :

Verre simple :	Verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est $\leq$ 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.

- (1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.
- (2) L' « OPTAM / OPTAM-CO » remplace, à compter du 1er janvier 2017, le CAS. Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM / l'OPTAM-CO.
- (3) Les actes de prévention sont listés à l'article 16.1 des Conditions Générales.
- (4) A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale / BRR : Base de Remboursement Reconstitué / CAS : Contrat d'Accès aux Soins / FR : Frais Réels / MR : Montant Remboursé par la Sécurité Sociale / OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier de l'année / SS : Sécurité Sociale / TM : Ticket modérateur (TM = BR - MR)

13. 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'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.

TROISIÈME PARTIE

VERSEMENT DES PRESTATIONS

14. MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

14.1 Paiement des cotisations

Pour que les PARTICIPANTS puissent bénéficier des prestations, le PARTICIPANT doit avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'il pourrait devoir au titre du contrat.

14.2 Services de Tiers Payant

L'INSTITUTION met à la disposition du PARTICIPANT et de ses ayants droit, un service de dispense d'avance de frais par l'intermédiaire de GÉNÉRATION, organisme gestionnaire en charge du contrat et selon les modalités définies sur la carte de tiers payant.

Une carte nominative comportant les garanties concernées sera remise à chaque Bénéficiaire, assuré social à titre personnel. Elle permettra l'obtention du tiers payant auprès des professionnels de santé ayant passé une convention avec un prestataire de services choisi par l'INSTITUTION.

Le Bénéficiaire qui n'utilise pas sa carte de tiers payant doit demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursé par l'INSTITUTION.

Prise en charge optique

L'opticien adresse une demande de prise en charge auprès du gestionnaire de ce service, si le Bénéficiaire profite de ce service. La prise en charge est limitée aux garanties souscrites mentionnées au tableau des garanties figurant aux Conditions Particulières de la notice d'information.

14.3 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 GÉNÉRATION, organisme gestionnaire du contrat 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.

14.4 Demandes de Remboursement

- Les demandes de prestations, accompagnées des pièces justificatives, doivent être produites auprès de l'INSTITUTION dans un délai maximum de **deux ans** suivant la date du décompte de Sécurité sociale ou de survenance des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité Sociale. **À défaut, le Bénéficiaire se voit opposer la prescription visée au point 8.2.**
- Les Bénéficiaires sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'INSTITUTION les déclarations et pièces justificatives listées ci-après. L'INSTITUTION se réserve le droit de demander au PARTICIPANT toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment des spécificités des garanties souscrites.

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

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

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

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

14.5 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.

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

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

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

Bénéficiaire NOEMIE	Justificatifs à fournir
Hospitalisation chirurgicale ou médicale Etablissement conventionné ou non conventionné	Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...)
Hospitalisation à domicile (HAD)	Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD
Soins de ville (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 - Chirurgie réfractive	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 remboursées par la Sécurité Sociale Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré
Prothèses dentaires – Orthodontie - Parodontologie remboursées ou non par la Sécurité Sociale	Imprimé type de l'INSTITUTION et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Nomenclature de la Sécurité Sociale. *
Maternité	Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou acte d'enfant sans vie
Adoption	Photocopie du certificat définitif d'adoption
Cure thermale	Facture acquittée du séjour

Non Bénéficiaire Noémie	Justificatifs à fournir
Pour les soins remboursés 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 remboursé par la Sécurité Sociale : facture originale acquittée.

En cas de tiers payant avec la Sécurité Sociale mais sans tiers payant avec l'organisme gestionnaire auprès duquel l'INSTITUTION a délégué la gestion de votre contrat : Facture acquittée du Ticket Modérateur.