

CCN des Commissaires - Priseurs
Judiciaires et Opérateurs de Ventas
Volontaires

Notice d'information santé

» Édition février 2017



Référence : NI-CCN Commissaires-
Priseurs-santé-2016

 **Humanis**

Protéger c'est s'engager

Retraite | Prévoyance | **Santé** | Épargne | Dépendance



Humanis **Protéger, c'est s'engager**

Groupe paritaire et mutualiste à but non lucratif, Humanis figure parmi les tout premiers groupes de protection sociale, en retraite complémentaire, prévoyance, santé, épargne et Activités sociales. Humanis puise ses valeurs dans l'économie sociale et entend toujours mieux protéger l'ensemble de ses clients.

Humanis s'engage à leur apporter durablement des solutions et des services de qualité, en privilégiant la proximité, le conseil et l'écoute. Humanis met également à disposition de ses clients ses savoir-faire spécifiques à l'international et en gestion pour compte de tiers. Le Groupe concrétise son engagement auprès des populations en difficulté au travers d'une politique dynamique d'Action sociale.

Chiffres clés

- ▶ Près de **700 000** entreprises clientes, de la TPE à la grande entreprise
- ▶ **10 millions** de personnes protégées
- ▶ **2^{ème}** acteur en retraite complémentaire Agirc-Arrco (22,40 % de l'ensemble)
- ▶ **1^{er}** rang des institutions de prévoyance
- ▶ **1^{er}** intervenant paritaire en épargne salariale

Chiffres au 01.01.16

Document à remettre à votre employeur

Je soussigné(e),

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

À _____ le _____

Signature



PRÉAMBULE	7
▶ MODALITÉS D’AFFILIATION	7
▶ BÉNÉFICIAIRES	7
GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	9
▶ CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE	9
▶ GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	9
▶ RISQUES EXCLUS	10
▶ MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	11
▶ LES JUSTIFICATIFS A FOURNIR PAR LE PARTICIPANT POUR SES DEMANDES DE REMBOURSEMENT	12
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	13
▶ ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES - SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN	13
▶ CESSATION DE L’AFFILIATION DES PARTICIPANTS	13
▶ MAINTIEN DES GARANTIES SANTÉ	14
▶ COTISATIONS	15
▶ EFFET DE LA RÉSILIATION OU DU NON RENOUVELLEMENT	15
▶ RECOURS - PRESCRIPTION	15
▶ RÉCLAMATIONS - MÉDIATION	16
▶ CONTRÔLE DE L’INSTITUTION	16
▶ DISPOSITIONS DIVERSES	16
▶ POUR MIEUX SE COMPRENDRE	17
▶ L’ACTIVITÉ SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE	17
ANNEXE 1 - GARANTIES	18



PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale des Commissaires - Priseurs Judiciaires et Opérateurs de Ventes Volontaires ont signé un accord paritaire national en date du 28 septembre 2015, instaurant un régime de frais de santé obligatoire au profit de l'ensemble du personnel.

Votre employeur, ci-après dénommé « l'Adhérent » relevant de la Convention Collective Nationale des Commissaires - Priseurs Judiciaires et Opérateurs de Ventes Volontaires, adhère au contrat d'assurance collective du régime 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 »

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

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

► MODALITÉS D'AFFILIATION

Conditions d'affiliation

L'Adhérent s'engage à affilier l'ensemble de ses salariés sous contrat de travail à la date d'effet du contrat d'adhésion.

Toutefois, conformément à l'article 3.2 de l'Accord conventionnel, certains salariés ont la faculté de ne pas adhérer aux garanties de base obligatoires, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de l'Adhérent. A défaut de renonciation écrite exprimée par le salarié, celui-ci doit être obligatoirement affilié.

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

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

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

Lors de l'adhésion de l'employeur ou de son entrée en fonction, chaque Participant renseigne et signe le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle établi par l'Institution.

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

► BÉNÉFICIAIRES

Les bénéficiaires

Définition des ayants droit

Les ayants droit du Participant tels que définis ci-dessous, bénéficient du régime souscrit par le Participant.

Le conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale peut être couvert dans les conditions prévues au paragraphe « Affiliation et de modification des bénéficiaires ».

Sont ayants droit du Participant :

- 1) les ayants droit à charge du Participant soit :
 - ❖ le conjoint du Participant non divorcé ou non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation ou le partenaire lié au Participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou le concubin à charge au sens de la Sécurité sociale, bénéficiaire des prestations du régime de la Sécurité sociale sous le numéro du salarié en tant qu'ayant droit,
 - ❖ les enfants à charge du Participant, et s'ils vivent au foyer, ceux à charge de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacte civil de Solidarité (PACS) ou ceux de son concubin :
 - ❖ à charge au sens de l'article L.313-3 2° du Code de la Sécurité sociale,
 - ❖ jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 27^{ème} anniversaire, s'ils sont étudiants, apprentis, à la recherche d'un emploi, en contrat de professionnalisation ou d'insertion,
 - ❖ sans limite d'âge pour les handicapés ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % et ne percevant pas l'allocation d'adulte handicapé.
- 2) le conjoint, ou le partenaire lié par un PACS ou le concubin tel que défini ci-dessus non à charge au sens de la Sécurité sociale, c'est-à-dire le conjoint non couvert par la Sécurité sociale à titre d'ayant droit du Participant et qui bénéficie des prestations du régime de la Sécurité sociale sous son propre numéro.

Affiliation et modification des bénéficiaires

Les modalités de déclaration des ayants droit tels que définis ci-dessus, varient selon que la couverture de ces derniers est obligatoire ou facultative conformément au choix de l'Adhérent mentionné sur le contrat d'adhésion.

Affiliation obligatoire des ayants droit

Les ayants droit sont obligatoirement couverts par le présent contrat. La déclaration des ayants droit s'effectue au moment de l'affiliation du Participant. Toutefois, postérieurement à celle-ci, l'Institution accepte la modification des ayants droit en cas de modification de la situation familiale du Participant (notamment naissance, décès, séparation...) à la date de l'évènement. Le Participant est tenu d'informer l'adhérent et l'Institution de ces modifications.

Extension facultative du conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale

Le conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale peut être couvert par une extension facultative souscrite individuellement par chaque

Participant. En tout état de cause les garanties de l'extension facultative sont identiques aux garanties souscrites par le Participant au titre de son contrat socle collectif obligatoire.

Le Participant déclare à l'Adhérent et à l'Institution s'il entend assurer la couverture de son conjoint non à charge.

Cette déclaration a lieu à l'occasion de l'affiliation du Participant. L'adhésion du conjoint non à charge prend alors effet à cette date.

Toutefois, postérieurement à celle-ci, le Participant peut affilier son conjoint non à charge :

- ✎ à la date de l'évènement en cas de modification de la situation familiale,
- ✎ chaque 1^{er} janvier, sous réserve qu'une demande en ce sens soit présentée à l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

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 d'affiliation et d'adhésion individuelle, selon sa situation :

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

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

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

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

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

► CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

Le contrat respecte l'ensemble des conditions posées par les pouvoirs publics pour répondre aux définitions de « contrat solidaire ».

Les garanties du contrat respectent le cahier des charges des « contrats responsables » tel que défini aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

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

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

► GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Les garanties des contrats figurent en annexe de la présente notice.

Objet et conditions des garanties

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

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

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

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

Par dérogation, certains frais inscrits à la nomenclature, mais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent donner lieu cependant à un remboursement par l'Institution dans les conditions fixées aux tableaux des garanties annexés.

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

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

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

HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ :

Hospitalisation chirurgicale :

- ✳ frais chirurgicaux proprement dits,

Hospitalisation médicale :

- ✳ pour tout séjour notamment en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence au 1^{er} jour d'hospitalisation,
- ✳ Pour les frais de chambre particulière la prise en charge est limitée à :
 - ✳ 365 jours,
 - ✳ 180 jours en cas de séjour en psychiatrie.

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

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

- ✳ Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la Liste des Produits et des Prestations (LPP) facturables et spécialités pharmaceutiques),
- ✳ Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin adhérent ou non au contrat d'accès aux soins,
- ✳ Frais de chambre particulière (dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours),
- ✳ Forfait hospitalier,
- ✳ Lit d'accompagnant 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),
- ✳ Participation forfaitaire pour les actes coûteux.

PRATIQUE MEDICALE COURANTE EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ :

- ✳ Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste ayant signé ou non au contrat d'accès aux soins,
- ✳ Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement,

- ✎ Frais d'analyse et de laboratoire,
- ✎ Petite chirurgie et actes de spécialité réalisés par un spécialiste ayant signé ou non 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,
- ✎ Participation forfaitaire pour les actes coûteux.

PHARMACIE :

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

TRANSPORT :

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

DENTAIRE :

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

OPTIQUE :

- ✎ Equipement optique pris en charge par la Sécurité sociale (deux verres et une monture).
La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.
Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement par le Participant. Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.
- ✎ Lentilles cornéennes prises en charge ou non par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables),

APPAREILLAGES :

- ✎ Orthopédie et autres prothèses,
- ✎ Prothèse auditive.

ALLOCATIONS FORFAITAIRES :

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

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

Elle est doublée en cas de naissance multiple.

Seule la naissance d'un enfant du membre 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 membre participant lui-même.

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

MÉDECINE ALTERNATIVE :

Par dérogation à l'article « Risques exclus », peuvent être pris en charge les actes effectués par les praticiens mentionnés en annexe de la présente notice d'information.

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

Soins engagés hors de France

L'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.

► 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.

► MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Paiement des cotisations

Pour que le Participant puisse bénéficier des prestations, l'Adhérent doit avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'il pourrait devoir au titre du contrat.

Services de tiers payant

L'Institution met à la disposition des bénéficiaires un service de dispense d'avance de frais dans la limite des remboursements prévus aux tableaux des garanties.

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 aux tableaux des garanties figurant en annexe.

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 Participant 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.

Demandes de remboursement

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

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 par le bénéficiaire lui-même en cas de fraude avérée.

Outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, le service médical de l'Institution se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du Participant ou de celle de ses ayants droit affiliés. 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 le paiement des prestations, **y compris après résiliation du contrat.**

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

► LES JUSTIFICATIFS À FOURNIR PAR LE PARTICIPANT POUR SES DEMANDES DE REMBOURSEMENT

Bénéficiaire Noémie

Hospitalisation chirurgicale ou médicale Etablissement conventionné ou non conventionné	Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...)
Soins courants (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante...)	Aucun document
Optique	Facture détaillée et acquittée En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : <ul style="list-style-type: none"> ❖ Soit nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction, ❖ Soit prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction, ❖ Et prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent. Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale
Traitements chirurgicaux des troubles visuels	Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré
Prothèses dentaires - Orthodontie Prises en charge par la Sécurité sociale	Imprimé type de l'Institution et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la nomenclature de la Sécurité sociale.*
Implants	Facture détaillée et acquittée
Médecine alternative	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)
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
Prévention	Facture acquittée et prescription médicale

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.

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, numéro d'inscription Adeli, etc...).

En cas de tiers payant avec la Sécurité sociale mais sans tiers payant avec l'Institution : facture acquittée du Ticket Modérateur.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

► ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN

Prise d'effet des garanties

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

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

Les garanties du contrat socle collectif obligatoire prennent effet :

- ✦ Pour les ayants droit à charge :
 - ✦ à la même date d'affiliation que le Participant au contrat socle collectif obligatoire,
 - ✦ à défaut, à la date de l'évènement dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation familiale.
- ✦ Pour les conjoints non à charge au sens de la Sécurité sociale :
 - ✦ à la même date d'affiliation que le Participant au contrat socle collectif obligatoire, lorsque ce dernier a exprimé son choix d'étendre les garanties à son conjoint.
 - ✦ à défaut, à la date de l'évènement dans le cas d'une adhésion 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

✦ Suspension du contrat de travail rémunérées ou indemnisées

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

- ✦ soit d'un maintien total ou partiel de salaire,
- ✦ soit d'indemnités journalières 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.

✦ Suspension du contrat de travail en cas d'invalidité d'origine professionnelle ou non

Le bénéfice des garanties du contrat socle collectif obligatoire est maintenu au participant dont le contrat de travail est suspendu moyennant le paiement de ses cotisations, s'il bénéficie d'une rente d'invalidité versée au titre du régime de prévoyance. Le salarié bénéficie alors du maintien intégral de ses garanties pendant un an. Seule la quote-part salariale de la cotisation totale est due et est précomptée sur sa pension d'invalidité, la quote-part de l'Adhérent étant exonérée.

✦ Suspension du contrat de travail non rémunérées ou non indemnisées

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

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée supérieure ou égale à un mois, les garanties du contrat socle collectif obligatoire sont suspendues.

La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'Institution de la déclaration faite par l'Adhérent.

Toutefois, ces derniers ont la possibilité de demander le maintien des garanties du contrat socle collectif obligatoire, pendant la suspension de son contrat de travail dans le cadre d'un contrat collectif facultatif.

Ce maintien donne lieu à paiement à la charge exclusive du Participant de cotisations spécifiques.

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

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, le Participant peut se voir appliquer des majorations de retard fixées au taux annuel de 2,5 % et courant, à compter de l'échéance.

À défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, l'adhésion individuelle du Participant pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées. La résiliation de l'adhésion individuelle par l'Institution ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard.

L'adhésion individuelle 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.

► CESSATION DE L'AFFILIATION DES PARTICIPANTS

Sous réserve de l'application du maintien des garanties santé, l'affiliation du Participant cesse de plein droit :

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

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

Le 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.

► MAINTIEN DES GARANTIES SANTÉ

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

Conditions au maintien de l'affiliation

Sous réserve pour le Participant d'être éligible au dispositif de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale, l'affiliation au contrat socle collectif obligatoire et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les 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. A défaut, l'affiliation du Participant cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

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

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 au contrat socle collectif obligatoire est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail 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.**

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

En tout état de cause, l'affiliation 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 d'adhésion de l'entreprise au contrat socle collectif obligatoire.

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

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

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

Financement

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

Maintien gratuit des garanties santé aux ayants droit en cas de décès du Participant

Les ayants droit d'un Participant décédé, y compris le cas échéant le conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale, bénéficiant des garanties du contrat socle collectif obligatoire au jour du décès, se voient maintenir gratuitement le bénéfice des garanties du contrat socle collectif obligatoire pendant une durée maximale d'un an à compter du jour du décès. Au-delà de cette durée, ils pourront bénéficier du maintien au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989 exposé ci-dessous.

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

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties frais de santé peuvent être maintenues par la souscription d'un contrat individuel proposé sans condition de période probatoire ni d'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.

Ce maintien de garanties est accordé aux ayants droit, tels que définis au contrat au moment de la cessation du contrat de travail ou à la cessation du maintien des garanties.

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 suivant



la fin de la portabilité des droits ou dans les six mois suivant le décès du Participant.

Les prestations proposées seront identiques à celles prévues par le contrat socle collectif obligatoire.

En outre, des options particulièrement adaptées à la situation des bénéficiaires pourront être proposées par l'Institution.

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

► COTISATIONS

La cotisation est identique pour chacun des Participants quelles que soient leur situation matrimoniale et de famille. Elle permet la couverture du Participant et de ses éventuels ayants droit.

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

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

Païement des cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale

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

Extension facultative du conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale

Les cotisations concernant l'extension des garanties au conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale du Participant peuvent être recouvrées auprès du Participant sur son compte bancaire selon la périodicité indiquée sur le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle conformément aux choix de l'adhérent exprimé sur le contrat d'adhésion.

À défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'extension des garanties aux membres de sa famille pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées.

La résiliation de l'extension des garanties du contrat socle collectif obligatoire 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 majorations de retard mentionnées ci-dessous.

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

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

► EFFET DE LA RÉSILIATION OU DU NON RENOUVELLEMENT

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

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 « Demandes de Remboursement » de la présente notice.

► RECOURS - PRESCRIPTION

Recours subrogatoire

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, à l'exclusion du cas de décès, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à l'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.

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 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.

► RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

L'Institution met à la disposition de l'Adhérent et des Participants la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application des contrats, 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.

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

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

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Institution et après épuisement des voies de recours internes, l'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 Cambacérès - 75008 Paris
Tél : 01 42 66 68 49
www.ctip.asso.fr

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

► 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.

► DISPOSITIONS DIVERSES

Loi Informatique et Libertés

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

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

Le Participant ou le cas échéant les bénéficiaires peuvent demander communication, rectification ou suppression de données les concernant en adressant un courrier par lettre simple à l'Institution :

Humanis Prévoyance
Service Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45777 Saran cedex



► POUR MIEUX SE COMPRENDRE

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

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

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

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

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

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.

Sécurité sociale : tout régime légalement obligatoire d'assurance maladie.

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

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

► L'ACTIVITÉ SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE

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

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

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

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

Humanis
Service social



ANNEXE I - GARANTIES

Les remboursements s'entendent dans la limite des frais réellement engagés.

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

DESCRIPTIF DES GARANTIES	PRESTATIONS
HOSPITALISATION y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné) ⁽¹⁾	
Hospitalisation médicale et chirurgicale (Etablissements conventionnés et non conventionnés) :	
• Frais de séjour	100 % BR
• Honoraires (Signataires du CAS) en secteur conventionné	150 % BR
• Honoraires (Non signataires du CAS) en secteur conventionné	130 % BR
• Honoraires en secteur non conventionné	100 % BR
Chambre particulière (y compris en maternité)	30 euros / jour
Forfait hospitalier	frais réels
Lit d'accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans	30 euros / jour
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	frais réels
PRATIQUE MÉDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné) ⁽¹⁾	
Consultations et visites généralistes - Signataires CAS	100 % BR
Consultations et visites généralistes - Non signataires CAS	100 % BR
Consultations et visites spécialistes - Signataires CAS	120 % BR
Consultations et visites spécialistes - Non signataires CAS	100 % BR
Analyses biologiques	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires CAS	120 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires CAS	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires CAS	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires CAS	100 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	frais réels
PHARMACIE	
Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité
Frais pharmaceutiques prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	-
TRANSPORT	
Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR
DENTAIRE	
Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale :	
- soins dentaires, actes d'endodontie,	
- actes de prophylaxie bucco-dentaire,	100 % BR
- parodontologie	
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR



DESCRIPTIF DES GARANTIES	PRESTATIONS
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale : - Couronnes, bridges et inter de bridges, - Couronnes sur implant, - Prothèses dentaires amovibles, - Réparations sur prothèses, - Inlays-cores.	125 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : - Couronnes, bridges (à l'exception des inter de bridges) - Prothèses dentaires provisoires, - Réparations (à l'exception des réparations à caractère esthétique)	134,40 euros par acte dans la limite de 3 actes par an et par bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	125 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	-
Implants dentaires	-
OPTIQUE	
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution significative de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans) avec un maximum de 150 € pour la monture	
Monture enfants (de moins de 18 ans)	80 euros
Monture adultes (de 18 ans et plus)	100 euros
Verre simple ⁽²⁾	50 euros / verre
Verre complexe ou très complexe ⁽²⁾	60 euros / verre
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	100 % BR + 100 euros par an et par bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	100 euros par an et par bénéficiaire
APPAREILLAGE	
Orthopédie et autres prothèses	100 % BR
Prothèses auditives	150 % BR
ALLOCATIONS FORFAITAIRES	
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale (traitement et honoraires)	100 % BR
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale (transport et hébergement)	-
Maternité	-
MÉDECINE ALTERNATIVE	
Ostéopathie	15 euros par séance dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire
Contraception (sur présentation d'une prescription médicale)	15 euros par an et par bénéficiaire

(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 zone 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.

BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale - CAS : Contrat d'accès aux soins

VOTRE INTERLOCUTEUR HUMANIS

Suivre votre contrat



Téléphone :  N° Cristal **09 69 39 08 33**

APPEL NON SURTAXÉ

Adresse : 348 rue Puech Villa
BP 7209
Parc Euromédecine
34183 Montpellier cedex 4

humanis.com

