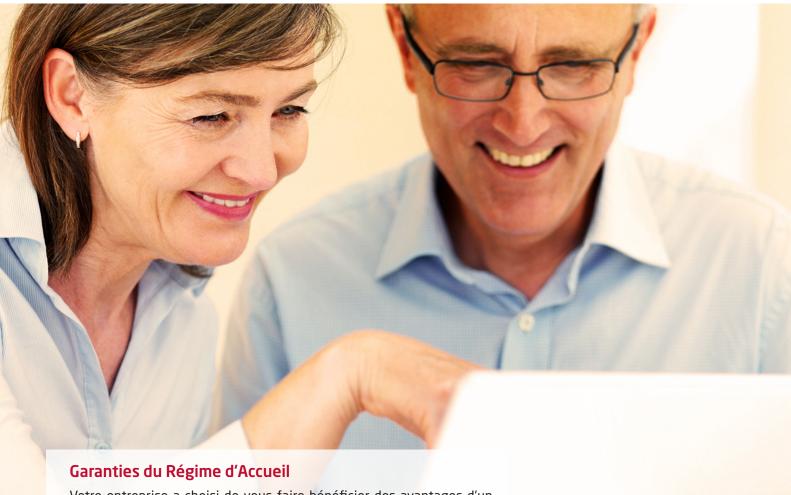
# **Groupe Alstom**

# Notice d'information santé

Édition janvier 2018



Votre entreprise a choisi de vous faire bénéficier des avantages d'un contrat d'assurance collective facultatif assuré par Humanis Prévoyance.

Cette notice d'information est destinée à vous informer sur vos garanties Santé.



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 des Activités sociales.

# Chiffres clés

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

\_\_ Chiffres au 01.01.16

# Sommaire

Votre complémentaire santé	5
Quelle est la date d'effet ?	5
Qui est couvert par les contrats Santé ?	5
Quels sont vos bénéficiaires ?	5
Comment changer de niveau de garanties ?	5
Quels sont les enfants à charge couverts ? - Quels justificatifs fournir ?	5
Qu' est-ce qu'un changement de situation de famille ou professionnelle ?	5
Comment inscrire un bénéficiaire ?	6
Comment mettre à jour votre situation de famille ?	6
Pour mieux se comprendre ?	7
Le détail de vos garanties	8
Le remboursement de vos soins	- 10
Justificatifs à fournir	- 10
Votre contrat en pratique	- 11
Les demandes de remboursement	- 11
Si vous bénéficiez de la télétransmission des décomptes Sécurité sociale	11
Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission des décomptes Sécurité sociale	11
Le remboursement des soins à l'étranger	- 11
La prise en charge hospitalière	
Le tiers payant généralisé	- 12
Quelques mots sur Itélis	- 13
La téléconsultation	- 14
Hospiway	- 14
Les Activités sociales : une dimension humaine	- 15
Des garanties Assistance en points	- 15
Dispositions générales	- 16
Fin des garanties du Participant	- 16
Fin des garanties des ayants droit	- 16
Maintien de garanties santé au titre de l'article 6 de la loi Evin du 31 décembre 198	<mark>39</mark> 16
Cotisations	- 16
Recours subrogatoire	- 16
Fausse déclaration	- 16
Prescription	- 17
Justificatifs - Contrôle médical	- 17
Réclamations - Médiation	
Autorité de tutelle	- 17
Principe règlementaire de remboursement	- 18
Etendue de la couverture santé	- 18

# Votre complémentaire santé

# ▶ Ouelle est la date d'effet?

Votre affiliation au régime est effective :

- dès la date d'effet du contrat pour les personnes se trouvant, à cette date, dans la catégorie définie,
- à défaut, à la date à laquelle l'intéressé cesse de bénéficier du contrat collectif obligatoire.

Vous devez remplir et signer un Bulletin Individuel d'Adhésion et devez fournir toute déclaration et justification nécessaires. La qualité de « Participant » vous est alors acquise.

L'adhésion de vos ayants droit prend effet, sous réserve de remplir un Bulletin Individuel d'Affiliation :

- à la date d'affiliation du Participant au titre du contrat, sous réserve d'en faire la demande lors de l'affiliation du Participant,
- à la date à laquelle l'intéressé répond à la définition de l'ayant droit couvert au titre du contrat, si cette date est postérieure à la date d'effet du contrat,
- chaque 1er janvier, sous réserve d'en faire la demande avant le 30 novembre de l'année précédente.

# • Qui est couvert par les contrats Santé?

vous-même, en tant que retraité, Incapable ou Invalide dont le contrat est suspendu sans maintien de salaire, Incapable ou Invalide dont le contrat de travail est rompu, licencié post portabilité, Ayant Droit d'assuré décédé (après les 6 mois gratuits suivant le décès), salarié en suspension de contrat de travail sans maintien de salaire (y compris les congés parentaux après les 6 premiers mois gratuits).

# Quels sont vos bénéficiaires ?

Peuvent bénéficier des mêmes garanties, moyennant le paiement de cotisations spécifiques :

- votre conjoint ou assimilé (partenaire lié par un PACS ou concubin) même bénéficiant à titre personnel du régime de la Sécurité sociale.
- vos enfants à charge.
- > vos ascendants fiscalement à charge.



#### À savoir

- le conjoint doit être non divorcé, ni séparé de corps judiciairement.
- le concubin est la personne vivant en concubinage depuis plus d'un an 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.
- les ascendants fiscalement à charge sont ceux définis à l'article L.313-3 du code de la Sécurité sociale.

# ▶ Comment changer de niveau de garanties ?

Je veux souscrire au régime plus

- je fais ma demande avant le 31 octobre pour un effet au 1er janvier suivant, si ma demande d'adhésion à cette formule est d'au moins 3 ans.
- en cas de changement de situation de famille, ou de changement de situation professionnelle, j'effectue ma demande dans le mois suivant le changement, pour un effet immédiat à la date de survenance de l'évènement,

Je veux diminuer mes garanties

- je fais ma demande avant le 31 octobre, par lettre recommandée, pour un effet au 1er janvier suivant, uniquement après un délai de 3 ans,
- en cas de changement de situation de famille, ou de changement de situation professionnelle, j'effectue ma demande dans le mois suivant le changement, pour un effet immédiat à la date de survenance de l'évènement,

Toute renonciation est définitive sauf modification de situation de famille ou de changement de situation professionnelle.

# • Quels sont les enfants à charge couverts ? Quels justificatifs fournir ?

**Vos enfants,** ceux de votre conjoint, de votre partenaire lié par un PACS ou de votre concubin, sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation et entendus comme :

> enfants à charge,

Attestation carte vitale

âgés de moins de 28 ans et inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi,

Attestation d'inscription au Pôle Emploi

âgés de moins de 28 ans et poursuivant des études secondaires ou supérieures,

Copie du certificat de scolarité

quel que soit leur âge, s'ils sont handicapés et bénéficiaires de l'allocation des adultes handicapés (A.A.H).

Copie de la carte d'invalidité

# • Qu'est-ce qu'un changement de situation de famille ou professionnelle ?

On entend par changement de situation de famille ou professionnelle le mariage, le PACS, le concubinage, la naissance, l'adoption, le divorce, le décès ou le chômage du conjoint / du partenaire lié par un PACS / du concubin, l'achat d'une résidence principale ou d'une situation de surendettement déclaré auprès de la Banque de France.

## Comment inscrire un bénéficiaire ?

Votre bénéficiaire va bénéficier des mêmes prestations que vous. Certains documents nous sont donc nécessaires pour l'affilier.

Vous devez nous adresser:

- pour votre partenaire lié par un PACS : une attestation d'engagement dans les liens d'un pacte civil de solidarité;
- pour votre concubin: une attestation sur l'honneur de concubinage signée par les 2 concubins et un justificatif de domicile commun (par exemple, facture d'électricité, bail commun, attestation d'assurance...);
- pour les enfants à charge : des pièces spécifiques selon la situation de chacun sont demandées. Reportez-vous à la définition des enfants à charge.

Outre ces justificatifs, le **bulletin individuel d'adhésion doit être accompagné de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale** ou de la carte d'assuré au régime de base obligatoire en vigueur à la date d'affiliation, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro. Vous devez également nous faire parvenir un relevé d'identité bancaire pour le virement de vos remboursements.

Notre organisme se réserve le droit de vous demander toutes autres pièces justificatives. À défaut, les garanties sont suspendues.

Vous vous engagez à nous informer de toute modification de situation ne leur permettant plus d'avoir la qualité de bénéficiaire.



# Conseil pratique

Comment demander une copie de votre attestation Vitale ?

Sur simple appel à votre **Caisse Primaire d'Assurance Maladie**, vous recevrez votre attestation à jour sous quelques jours. Vous pouvez également vous déplacer à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (obtention immédiate à la borne) ou vous connecter sur **ameli.fr** 

Téléphone: **3646** (prix d'un appel local depuis un poste fixe)

# ▶ Comment mettre à jour votre situation de famille ?

Dans votre Espace client sur internet, vous avez la possibilité de visualiser les bénéficiaires de votre contrat. Vous pouvez aussi procéder à des modifications. Le mode d'accès est détaillé dans la partie « les services associés à votre contrat ».

Rendez-vous sur:

generation.fr

# Pour mieux se comprendre

#### Actes hors nomenclature

Actes non reconnus par la Sécurité sociale et non inscrits aux nomenclatures.

#### Allocation forfaitaire maternité

Une allocation, destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais afférents à la naissance, est versée pour la naissance d'un enfant du Participant, déclaré à l'état civil. Elle est doublée en cas de naissance multiple.

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

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.

## Base de Remboursement (BR)

Assiette servant de base de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale. Les montants correspondant aux différents actes sont disponibles sur le site **ameli.fr.** 

#### Bénéficiaire

Le Participant et, le cas échéant, ses ayants droit dans les conditions définies dans la présente notice.

#### OPTAM / OPTAM-CO

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

- > dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée,
- OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée)/OPTAMCO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique),
- et NON OPTAM/OPTAM-CO.

Le dispositif de CAS, pouvant être conclu jusqu'au 31 décembre 2016 pour une durée de trois ans s'achèvera au plus tard au 31 décembre 2019. Durant cette période, il y aura coexistence des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée CAS - OPTAM/OPTAM-CO, sans autre impact sur les garanties et cotisations.

L'OPTAM/OPTAM-CO est un contrat signé entre la Sécurité sociale et les médecins libéraux autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, ce dispositif engage les médecins signataires à ne pas augmenter leurs honoraires libres et à effectuer une partie de leurs consultations aux tarifs conventionnés.

En alignant la base de remboursement des médecins signataires sur celle des médecins de secteur 1, la Sécurité sociale assure un meilleur remboursement de leurs dépenses de santé aux assurés.

La consultation chez un médecin signataire est ainsi remboursée sur la base de 28 €, contre 25 € pour les non-signataires, d'où l'intérêt pour les patients de vérifier la situation de leur médecin avant toute consultation.

Pour savoir si votre médecin est signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO, rendez vous sur annuairesante.ameli.fr.

#### 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.

#### Cure thermale

Frais de cure thermale (forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement), acceptés par la Sécurité sociale.

## Hospitalisation

- > Hospitalisation chirurgicale : frais chirurgicaux proprement dits.
- Hospitalisation médicale : pour tout séjour en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale.
- 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 Prestations facturables et spécialités pharmaceutiques). La prise en charge commence au premier jour d'hospitalisation.

- Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire.
- > Frais de chambre particulière.
- > Forfait hospitalier.
- Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant affilié de moins de 16 ans. 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 ».
- Hospitalisation à domicile: hospitalisation prise en charge au titre de l'Hospitalisation A Domicile (HAD) par la Sécurité sociale.

#### Limitation pour l'hospitalisation médicale

En cas d'hospitalisation médicale, les frais de chambre particulière, les frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans bénéficiaire du contrat sont limités à 365 jours ou à 180 jours en cas de séjour en psychiatrie.

Le Participant 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.

#### Médecine alternative

Prise en charge des actes indiqués dans le tableau des garanties. Les actes doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat, inscrits au registre préfectoral et exerçant en France.

#### Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR)

Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) multipliée 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.

## Personne protégée

Ce sont le Participant et ses ayants droit garantis par le contrat (bénéficiaire).

#### Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

Plafond servant de base à la Sécurité sociale pour le calcul de ses cotisations et de ses prestations.

Valeur indicative mensuelle au 1er janvier 2017 : 3 269 €.

Vous pourrez retrouver cette valeur actualisée sur notre site internet.

# Sécurité sociale

Tout régime légalement obligatoire d'assurance maladie.

#### Tarif d'autorité

Base de remboursement forfaitaire permettant de calculer le remboursement de la Sécurité sociale pour les soins des professionnels non conventionnés.

#### 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 (TM)

Partie des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement de la Sécurité sociale. Il est égal à la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le Montant Remboursé (MR) par celle-ci.

# Le détail de vos garanties

	Régime de base Non Responsable	Régime de base complété par le régime plus Non Responsable
Les garanties s'entendent en complément des prestations de la Sécurité sociale		
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MÉDICALE y compris maternité (secteurs conven	tionné et non conventionné (1)	
Hospitalisation chirurgicale et médicale		
Frais de séjour et fournitures diverses	300 % de la BR	400 % de la BR
Honoraires - Signataires OPTAM/ OPTAM-CO (2)	300 % de la BR	400 % de la BR
Honoraires - Non signataires OPTAM/ OPTAM-CO (2)	400 % de la BR	400 % de la BR
Forfait journalier	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels
Chambre particulière (hospitalisation & maternité), y compris forfait ambulatoire	80 € par jour (si maison de	90 € par jour (si maison de
	convalescence 60 €/ jour)	convalescence 60 €/ jour)
Frais d'accompagnement (enfant - de 16 ans)	40 € par jour	40 € par jour
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 euros	18 euros
SOINS DE VILLE (secteurs conventionné et non conventionné (1) )	150 % 4- 1- 00	200 % 4- 1- DD
Consultations et visites de généralistes - Signataires OPTAM (2)	150 % de la BR	200 % de la BR
Consultations et visites de généralistes - Non signataires OPTAM (2)	130 % de la BR	130 % de la BR
Consultations et visites de spécialistes - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	200 % de la BR	250 % de la BR
Consultations et visites de spécialistes - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	250 % de la BR	250 % de la BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	150 % de la BR	200 % de la BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	130 % de la BR	130 % de la BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	170 % de la BR	200 % de la BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	170 % de la BR	170 % de la BR
Soins d'auxilliaires médicaux, frais de déplacement	150 % de la BR	200 % de la BR
Biologie médicale	170 % de la BR	200 % de la BR
Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale	50 % FR dans la limite de 3,33 % du PMSS/an/bénéficiaire	50 % FR dans la limite de 3,33 % du PMSS/an/bénéficiaire
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 euros	18 euros
PHARMACIE		
Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale	100 % du TM	100 % du TM
Vaccins	80 % FR	80 % FR
Pharmacie prescrite mais non remboursée par la Sécurité sociale	-	100 €/an/bénéficiaire
FRAIS DE TRANSPORT		
Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR	200 % de la BR
APPAREILLAGE		
Orthopédie et prothèses diverses remboursées par la Sécurité sociale	200 % de la BR	300 % de la BR
Prothèses auditives (+ piles et entretien) remboursées par la Sécurité sociale	400 % de la BR	500 % de la BR
FRAIS DENTAIRES		
Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale : soins dentaires, actes de prophylaxie bucco-dentaire, actes d'endodontie, parodontologie	250 % de la BR	350 % de la BR
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	50 % FR dans la limite de 500 €/ an/bénéficiaire	50 % FR dans la limite de 650 €/ an/bénéficiaire
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale	350 % de la BR	400 % de la BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale :  - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Prothèses dentaires transitoires - Réparations sur prothèses - Inlays-cores	350 % de la BR	400 % de la BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale - Couronnes et bridges - Réparations sur prothèses (sauf les réparations à caractère esthétique)	295,63 € par acte	376,25 € par acte

FRAIS DENTAIRES (suite)			
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	250 % de la BR	300 % de la BR	
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	250 % de la BR	300 % de la BR	
Implants	360 € par acte, dans la limite de 3 actes/an/bénéficiaire	390 € par acte, dans la limite de 3 actes/an/bénéficiaire	
Piliers implantaires	240 € par acte, dans la limite de 3 actes/an/bénéficiaire	260 € par acte, dans la limite de 3 actes/an/bénéficiaire	
OPTIQUE			
Limitation à un équipement (1 mon sauf en cas d'évolution de la vue ou pour le			
Verres remboursés par la Sécurité sociale	Verres simples : 102 €/verre Verres complexes et très complexes : 216 €/verre	Verres simples : 156 €/verre Verres complexes et très complexes : 288 €/verre	
Monture remboursée par la Sécurité sociale	125€	150€	
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 150 €	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 250 €	
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	50 % FR dans la limite de 500 € par œil	50 % FR dans la limite de 650 € par œil	
MATERNITÉ ET ADOPTION			
Allocation naissance ou adoption	Allocation forfaitaire égale à 300 €	Allocation forfaitaire égale à 300 €	
PRÉVENTION			
Actes de prévention (3)		Pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat <sup>(4)</sup>	
MÉDECINE ALTERNATIVE			
Méthode Mézières, Ostéopathe, Etiopathe	50 % FR dans la limite de 1 % du PMSS par consultation et dans la limite de 10 consulta- tions par an et par bénéficiaire	1 % du PMSS par consultation et dans la limite de 10 consulta- tions par an et par bénéficiaire	
Chiropractie, Acupuncture	-	. don's par arree par serienciane	
Psychomotricien	50 % FR dans la limite de 0,67 % du PMSS par consultation et dans la limite de 20 consulta- tions par an et par bénéficiaire	50 % FR dans la limite de 0,67 % du PMSS par consultation et dans la limite de 20 consulta- tions par an et par bénéficiaire	
CURE THERMALE			
Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale - honoraires et soins remboursés par la Sécurité sociale - transport et hébergement remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR plus un forfait annuel égal à 5 % du PMSS	100 % de la BR plus un forfait annuel égal à 10 % du PMSS	
SERVICES			
Assistance de base + Plateforme Itélis + Téléconsultation + Hospiway	<del>.</del>	Inclus	
Tiers Payant iSanté Tiers Payant Optique	······ <del>·</del> ····	Prévu Prévu	
	FI	Cvu	
Définition des types de verres :	Vere simple force don't learn	àre act comprise antre COO -+	
Verre complexe :	+6,00 dioptries et dont le cylind Verre simple foyer dont la sphère	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	
Verre très complexe :	pour adulte dont la sphère es dioptries ou verre multifocal o	Verre multifocal ou complexes et très complexes sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verre multifocal ou complexes et très complexes sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de -4,00 à	

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

+4,00 dioptries.

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 au 1er janvier de l'année - SS: Sécurité sociale - TM: Ticket Modérateur (TM = BR - MR).

Le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés, sous déduction des remboursements versés par la Sécurité sociale et tout autre organisme complémentaire.



#### A savoir

« OPTAM / OPTAM-CO » : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique.

Elle remplace, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (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.

<sup>(2)</sup> 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.

<sup>(3)</sup> Les actes de prévention sont listés dans les Conditions Générales.

<sup>(4)</sup> À titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste dentaire.

#### Pour le contrat collectif facultatif :

- > Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du contrat socle collectif obligatoire.
- L'assureur verse les prestations au titre du contrat déduction faite des remboursements de la Sécurité sociale et du contrat socle collectif obligatoire.
- Les garanties exprimées en forfait en euros, incluant celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire, sont complémentaires aux éventuelles prestations versées au titre du régime de base de la Sécurité sociale.

# Le remboursement de vos soins

# ▶ Justificatifs à fournir (reportez-vous aux garanties prises en charge par votre contrat)

Pour les dépenses les plus courantes (consultation généraliste,...), vous n'avez aucune démarche à effectuer si vous bénéficiez de la transmission Noémie.

> Vous êtes bénéficiaire Noémie	Justificatifs à fournir
Hospitalisation chirurgicale ou médicale Etablissement non conventionné ou conventionné sans demande de prise en charge	Facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement)
Hospitalisation à domicile	Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD
Médecine alternative	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention)
Optique*	Facture acquittée détaillée Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale
Prothèses dentaires* - Orthodontie	Imprimé type de notre organisme et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la nomenclature de la Sécurité sociale.
Maternité	Photocopie du livret de famille ou extrait de naissance ou acte d'enfant sans vie
Adoption	Photocopie du certificat définitif d'adoption
Cure thermale	Facture acquittée du séjour

<sup>\*</sup> Un devis détaillé du praticien indiquant la codification des actes peut être transmis au préalable à notre organisme pour avis sur le montant de la prestation.

## Vous n'êtes pas bénéficiaire Noémie

Si les soins sont pris en charge par la Sécurité sociale, vous devez fournir en plus des pièces justificatives indiquées dans le tableau, le décompte original de la Sécurité sociale.

# > Pour tout acte ou frais non pris en charge par la Sécurité sociale

Facture originale acquittée.

#### En cas de tiers payant avec la Sécurité sociale mais sans tiers payant avec notre organisme

Facture originale acquittée du ticket modérateur.

# Soins engagés pendant des séjours temporaires à l'étranger, par des salariés détachés ou résidents à l'étranger

Facture détaillée et acquittée des soins, éventuellement traduite, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée et le remboursement auquel elle a donné lieu.

# Votre contrat en pratique

## Les demandes de remboursement

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs doivent nous être fournies 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 verra opposer la prescription mentionnée dans la partie Dispositions Générales.

Les bénéficiaires sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de nous fournir les déclarations et pièces justificatives listées précédemment.

Si vos documents à transmettre comportent des données médicales, vous pouvez nous les adresser sous pli cacheté portant la mention « confidentiel » à l'attention de M. le Médecin Conseil-Prestations Santé à l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant.

Nous nous réservons le droit de demander au bénéficiaire 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, notre organisme n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

Nous prendrons en compte la date d'exécution de l'acte et non celle de l'ordonnance, de la prescription ou de la demande de prise en charge Sécurité sociale.

Il appartient aux bénéficiaires de nous informer de toute modification de ses coordonnées bancaires, **notamment en cas de modification de la situation de famille (instance de divorce, procédure en cours de rupture du PACS ou de séparation des concubins, succession).** 

# ▶ Si vous bénéficiez de la télétransmission des décomptes Sécurité sociale (procédure Noémie)

Avec ce système, vos démarches sont allégées, vos remboursements sont donc plus rapides.

Concrètement, il vous suffit de présenter votre carte Vitale au professionnel de santé. Vous serez ensuite directement remboursé sur votre compte courant pour la part complémentaire sans avoir besoin d'envoyer les décomptes Sécurité sociale. La part obligatoire Sécurité sociale vous sera réglée ou directement au professionnel de santé sans aucune démarche de votre part en cas de tiers payant.





#### À savoir

Pour traiter rapidement votre dossier, votre identification est nécessaire. Retournez-nous la partie haute de vos décomptes. Vous trouverez également nos coordonnées dans le bloc correspondance.

# Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission des décomptes Sécurité sociale (procédure Noémie)

Si un de vos bénéficiaires ne peut pas bénéficier de Noémie (étudiants ou régimes spéciaux tels que mines...) ou si vous refusez cette procédure, pour vous faire rembourser, vous devez nous faire parvenir les originaux des décomptes d'assurance maladie accompagnés de la partie haute de l'un des décomptes de notre organisme.

# Le remboursement des soins à l'étranger

# Soins engagés pendant des séjours temporaires à l'étranger, par des salariés détachés ou résidents à l'étranger

Les dépenses de soins ou interventions engagées dans un pays de l'Union Européenne ou dans un pays ayant signé une convention de même nature avec le régime français sont garanties.

Dès lors que vous bénéficiez d'une prise en charge par la Sécurité sociale française ou par le régime de Sécurité sociale du pays d'accueil, l'intervention s'effectue en complément des tarifs théoriques de la Sécurité sociale française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues par le contrat.

#### **Expatriés**

Les expatriés ne sont pas couverts.

# La prise en charge hospitalière

L'hospitalisation mérite une attention toute particulière. C'est la raison pour laquelle nous assurons une procédure de **prise en charge administrative immédiate**, en cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné. Sur simple appel téléphonique ou courrier de votre part ou de celle de l'établissement hospitalier, notre organisme vous délivre une prise en charge vous évitant l'avance de fonds (à l'exception de vos frais personnels) dans la limite des garanties du contrat.

À défaut de prise en charge, vous devez régler votre séjour hospitalier à l'établissement et nous adresser la facture originale.



# Conseil pratique

vous pouvez effectuer votre demande de prise en charge en vous connectant à votre Espace client sur generation.fr

# ▶ Le tiers payant généralisé

Notre organisme met à votre disposition ainsi qu'à celle de vos ayants droit un service de dispense d'avance de frais de santé sur l'ensemble des garanties prévues au contrat faisant l'objet d'un tarif de responsabilité.

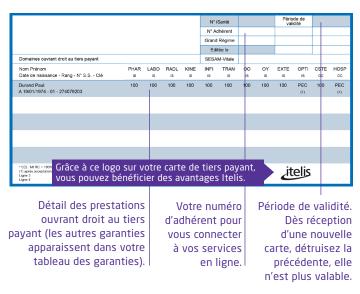
L'utilisation du tiers payant auprès du professionnel de santé est conditionnée à l'acceptation de ce dernier. Sauf mention particulière sur la carte de tiers payant, la dispense d'avance de frais est limitée au tarif de responsabilité. Vous ou vos ayants droit devez donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Si vous ou vos ayants droit n'utilisez pas votre carte de tiers payant ou vous vous voyez refuser ce service par le professionnel de santé, vous devez demander une facture afin d'être remboursés par notre organisme.

Votre carte de tiers payant est éditée chaque année **pour chaque bénéficiaire** du régime immatriculé sous son propre numéro de Sécurité sociale (et non par famille). Elle est adressée directement à votre domicile.



Vous devez obligatoirement restituer l'attestation de tiers payant, en cas de cessation de vos garanties."



# Quelques mots sur Itélis

#### LES AVANTAGES DU RÉSEAU ITELIS : RÉDUISEZ VOS DÉPENSES DE SANTÉ PAS LA QUALITÉ

Pour toutes vos dépenses en optique, dentaire et audioprothèse, nous vous garantissons des prestations de qualité, à des tarifs privilégiés grâce aux professionnels de santé partenaires d'Itelis.

#### TROUVEZ VOTRE PARTENAIRE ITELIS

Un service de géolocalisation est à votre disposition pour connaître rapidement les coordonnées du professionnel de santé partenaire d'Itelis le plus proche de chez vous.

## Vous recherchez un opticien ou chirurgien-dentiste?

Géolocalisez-le depuis :

- > votre Espace client sur generation.fr
- > l'application webmobile @pplitelis ® sur l'Apple Store ou Google Play

#### Vous recherchez un audioprothésiste?

Géolocalisez-le via l'application webmobile @pplitelis ® sur l'Apple Store ou Google Play

## **NOTRE CONSEIL**

Avant de vous rendre chez un professionnel de santé, vérifiez qu'il fait partie du réseau Itelis. Pensez à lui présenter votre carte de tiers payant sur laquelle figure le logo Itelis.

<b>DENTAIRE</b> Souriez en dépensant moins	Partout en France, 2 600 chirurgiens-dentistes omnipraticiens et 140 spécialistes en implantologie vous font bénéficier de prix et services exclusifs :	<ul> <li>&gt; jusqu'à 15 % d'économie sur les prothèses les plus fréquentes (couronnes, bridges)</li> <li>&gt; jusqu'à 25 % d'économie sur un traitement implantaire</li> <li>&gt; tarif à partir de 1 400 € pour un acte complet d'implantologie (implant, pilier, couronne)</li> <li>&gt; le remplacement de l'implant en cas de rejet.</li> </ul>
<b>OPTIQUE</b> Vos économies sont nettes	Profitez d'un réseau de <b>2 500</b> <b>opticiens en France</b> , prêt à vous proposer des équipements optiques au juste prix.	<ul> <li>3 40 % d'économie en moyenne sur les verres grâce à des tarifs négociés (1)</li> <li>3 15 % minimum de remise sur les montures et le para-optique (lunettes de soleil, produits lentilles)</li> <li>3 10 % minimum de remise sur les lentilles</li> <li>3 un examen annuel de la vue et l'entretien de l'équipement offerts</li> <li>3 un accord avec les 12 marques de verres parmi les plus représentatives sur le marché français (liste susceptible d'évoluer) permettant de garantir la traçabilité et la qualité des produits proposés.</li> </ul>
AUDIOPROTHÈSE Vos besoins sont entendus	900 audioprothésistes sont à votre écoute, pour vous proposer des équipements de marque, à des tarifs négociés :	<ul> <li>15 % d'économie en moyenne sur les aides auditives;</li> <li>zéro reste à charge sur les piles (sur la base d'une consommation normale)<sup>(2)</sup></li> <li>10 % de remise minimale sur les produits d'entretien;</li> <li>15 % de remise minimale sur les accessoires (appareils connectés, casques TV, téléphones, etc.)</li> <li>une garantie panne, gratuite et sans franchise de 4 ans.</li> </ul>

Ils s'engagent également sur la qualité et la traçabilité de leurs produits<sup>(3)</sup> et vous proposent gratuitement un suivi d'appareillage durant toute la durée de vie de l'aide auditive, même en cas de déménagement.

- (1) Économie moyenne calculée sur la base des corrections les plus fréquentes et des tarifs des verres de marque les plus vendus, tous types de verres confondus (unifocaux, mi-distance et multifocaux). Source : bases de données Itelis 2014.
- (2) Dans le cadre d'une garantie remboursant à minima le ticket modérateur pour les piles auditives.
   (3) Accord avec 12 marques d'aides auditives parmi les plus représentatives sur le marché français (liste susceptible d'évoluer).

# La téléconsultation

#### Votre médecin traitant n'est pas joignable?

Un simple appel et le service Téléconsultation médicale vous met en relation avec un médecin généraliste afin de faire le point sur votre situation et de trouver les solutions adaptées.

#### La téléconsultation médicale est un service innovant et simple :

- accessible 24h/24 et 7j/7,
- disponible partout en France ou à l'étranger, au domicile ou au travail, en déplacement professionnel ou en vacances,
- > simplement par téléphone via une ligne dédiée non surtaxée,
- > la prise en charge est faite par un médecin reconnu par l'Ordre des médecins et basé en France,
- > un entretien protégé par le secret médical,
- si le médecin le juge nécessaire, prescription et transmission d'une ordonnance.
- > avec l'accord du patient, un compte-rendu est envoyé au médecin traitant qui reste au centre du parcours de soins,
- > orientation vers un service d'urgence si besoin.

#### Comment en bénéficier?

Vous pouvez contacter un médecin : par téléphone grâce au numéro dédié. La téléconsultation médicale ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences, ni à une consultation spécialisée. Aucun arrêt de travail, certificat médical ou renouvellement d'ordonnance ne peut être délivré.

#### Pour la sécurité de vos données

- > hébergement en France des données de santé auprès d'un hébergeur
- service autorisé par la CNIL,
- > contrat conclu par le prestataire avec l'Agence régionale de santé (ARS)compétente.

# Comment fonctionne la téléconsultation? Numéro dédié Patient Accueil, information et orientation Infirmièr(e) Consultation médicale Médecin Urgence si nécessaire Pharmacien Médecin traitant 1 Déplacement vers la pharmacie choisie par le patient. Envoi d'un compte rendu au médecin traitant. Réorientation si besoin d'un examen physique ou d'une consultation spécialisée (avec accord du patient). Si besoin d'une prescription d'une ordonnance (envoi de l'ordonnance à la pharmacie choisie par le patient). Si besoin d'un médecin/pharmacien.

Prestataire: AXA Assistance France S.A au capital de 9 071 981€ - Immatriculée au RCS de Nanterre sous le n°311 338 339 Siège social : 6, Rue André Gide 92320 Châtillon.

# ▶ Hospiway

Hospiway est un service d'information dans le domaine de la santé pour aider les participants à préparer au mieux leur hospitalisation ou celle d'un

#### Consultation du Top des hôpitaux et des cliniques :

> Classement des meilleurs établissements de santé dans la prise en charge de nombreux actes à la pointe de l'innovation (réalisé en fonction de plusieurs critères déterminants et spécifiques pour chaque pathologie).

#### > Consultation du Palmarès des établissements par spécialité :

> choisir une structure performante répondant à ses attentes en consultant le classement national ou local.

# > Recherche par établissement :

- rechercher un hôpital ou une clinique et avoir accès à des informations pratiques et qualitatives notamment la répartition de son activité.
- > Evaluation des honoraires du chirurgien par rapport à ceux couramment pratiqués localement :
  - > inscrire le code CCAM remis dans le devis établi par le chirurgien, en indiquant le lieu de l'hospitalisation et le montant du dépassement d'honoraire.

> Couverture géographique du service correspond à la France métropolitaine et les DOM.

#### Check-list:

- > permet à l'assuré de bénéficier d'informations et de conseils pratiques pour préparer son hospitalisation et son retour à domicile pour lui ou un proche,
- > possibilité d'interaction téléphonique avec Humanis pour connaître ses droits au bénéfice d'une aide des Activités sociales.

#### **LE PLUS:**

- service accessible 24h/24, 7j/7,
- service construit à partir d'une analyse des besoins des assurés (étude BVA Santé)
  - > les sondés sont satisfaits de la qualité des informations transmises lors de leur hospitalisation, ils attendent un meilleur accompagnement psychologique à la sortie de l'établissement (suivi des soins, articulation entre l'hôpital et la médecine de ville).



## Les Activités sociales : une dimension humaine

**Nos équipes, composées de professionnels,** 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

09 72 72 23 23

prix d'un appel local

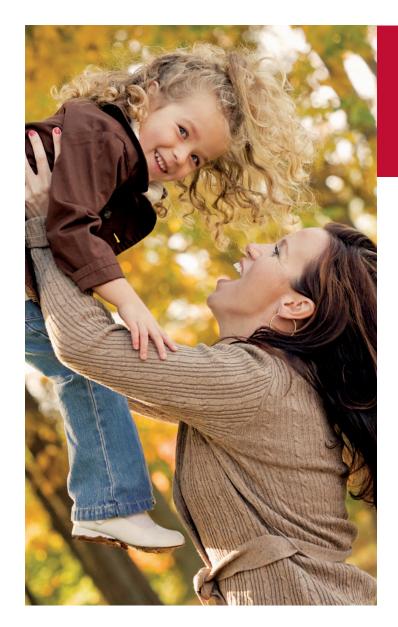
Des sites Internet Humanis à votre disposition :

- > humanis.com
- essentiel-autonomie.com: est le site internet dédié à la perte d'autonomie et à la dépendance. Il simplifie les démarches et propose aux personnes âgées et à leur entourage, des informations utiles et des services sur-mesure pour prendre en charge rapidement les situations liées à la perte d'autonomie, tout en garantissant un accompagnement adapté.

# ▶ Des garanties Assistance en points

Des garanties d'Assistance utiles en cas d'hospitalisation, **d'immobilisation ou de maladie grave** vous sont accordées. Le détail des prestations et les modalités de leur mise en œuvre sont définies dans une notice annexe jointe :

Votre code d'accès pour bénéficier des garanties est indiqué en dernière page de la présente notice.



# Dispositions générales

# ▶ Fin des garanties du Participant

L'adhésion individuelle du Participant est résiliée de plein droit à la date :

- > de résiliation du contrat,
- > où s'il ne fait plus partie d'une des catégories prévues au contrat,
- > de son décès.

L'adhésion individuelle du Participant peut aussi cesser :

- > à la demande du Participant :
  - au 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée, sous réserve que cette demande parvienne à notre organisme au plus tard le 31 octobre,
  - en cas de modification apportée à ses droits et obligations par notre organisme, sous réserve que cette demande parvienne dans le mois suivant sa notification.

La dénonciation par le Participant de son adhésion individuelle est définitive de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler de demande d'adhésion. La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties.

- à la demande de notre organisme :
  - > en cas de non paiement des cotisations,
  - en cas d'acceptation par le Participant des propositions de révisions des cotisations formulée par notre organisme. Notre organisme procédera alors, de plein droit, à la résiliation de l'adhésion individuelle du Participant au dernier jour précédant la date de prise d'effet dudit changement.

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

À savoir

En cas de cessation des garanties, vous devez nous faire parvenir votre carte de tiers payant.

Notre organisme récupère auprès du Participant toutes prestations indûment réglées.

Les demandes de remboursement de soins adressées après la fin des garanties pourront être prise 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.

# ▶ Fin des garanties des ayants droit

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 pour être bénéficiaire,
- au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les ayants droit justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur et à la condition que l'acte mettant en place les garanties le prévoit,
- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le Participant demande la résiliation de l'ayant droit. Cette demande doit nous être adressée au plus tard le 31 octobre de la même année par lettre recommandée. La demande qui nous est adressée 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.

# ▶ Maintien de garanties Santé au titre de l'article 6 de la loi Evin du 31 décembre 1989

Sous réserve d'en faire la demande à notre organisme, les Participants peuvent continuer à bénéficier de garanties Frais de santé à titre individuel, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, dans les cas suivants :

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

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

Notre organisme ne saurait en aucun cas être responsable d'un défaut d'information des Participants quant au maintien des garanties.

## ▶ Cotisations

Les cotisations sont recouvrées selon la périodicité choisie auprès de chaque Participant. À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'adhésion individuelle du Participant peut être suspendue 30 jours après la mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception adressée par notre organisme. 10 jours après l'expiration d'un délai de 30 jours, le cachet de la poste faisant foi, notre organisme pourra résilier l'adhésion individuelle sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les intérêts de retard.

Les taux de cotisations sont réexaminés par notre organisme en fin d'année, et peuvent être modifiés en fonction des résultats du contrat. Les taux de cotisations peuvent être également modifiés à tout moment par notre organisme en fonction de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale et à la fiscalité.

En cas de désaccord, celui-ci doit en aviser notre organisme suivant la notification du changement. À défaut, le Participant est réputé avoir accepté le changement de taux.

# ▶ Recours subrogatoire (Loi n° 85-677 du 5 juillet 1985)

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

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, notre organisme n'a pu faire valoir ses droits, celui-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

# ▶ Fausse déclaration

Conformément à l'article L.932-7 du Code de la Sécurité sociale, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du Participant susceptible de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion pour notre organisme, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Participant a été sans influence sur la réalisation du risque, le contrat est annulé de plein droit.

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



# ▶ 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 notre organisme 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'entreprise ou des bénéficiaires contre notre organisme 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'entreprise ou les bénéficiaires concernés ou a été indemnisé par notre organisme.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

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

La prescription est 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 avis de réception adressée par notre organisme à l'entreprise 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.

# Justificatifs - Contrôle médical

Notre service médical peut faire procéder par un médecin 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 de ces professionnels de santé est supportée par notre organisme, sauf en cas de fraude avérée par le bénéficiaire.

Nous pouvons aussi vous demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de votre situation. De même, tout renseignement ou pièce permettant d'établir la réalité du paiement des dépenses engagées ou la réalité des prestations elles-mêmes peuvent vous être demandées. 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, pour lesquels nous nous réservons la possibilité de demander tous justificatifs attestant de leur qualité de professionnel de santé.

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.

## ▶ Réclamations - Médiation

Il est mis à votre disposition 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

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

À compter de la réception de la réclamation, notre organisme 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, notre organisme vous adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra vous être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

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

#### Médiateur de la protection sociale (CTIP)

10, rue Cambacérès - 75008 Paris http://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/

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.

## Autorité de tutelle

Notre organisme est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

# Principe règlementaire de remboursement

# ▶ Etendue de la couverture santé

Les garanties Frais de santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les bénéficiaires, en complément des remboursements de la Sécurité sociale française effectués au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, sous réserve de l'application des risques exclus.

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

Certains frais inscrits à la nomenclature, mais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent donner lieu cependant à un remboursement par notre organisme dans les conditions fixées dans le tableau des garanties. 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.

Dès lors que le remboursement de notre organisme est plafonné, la limite doit s'entendre par an et par bénéficiaire sauf dispositions spécifiques figurant dans le tableau des garanties.

#### Risques exclus

Ne sont pas pris en charge:

- les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique.
- > 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 notre organisme 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.

# **VOTRE INTERLOCUTEUR**

# Suivre votre contrat



Téléphone : **02 98 51 38 00** 

Adresse: GENERATION - 29080 QUIMPER CEDEX 9

# Vos garanties assistance

Téléphone: 01 70 37 97 22 (depuis la France)

+33 1 70 37 97 22 (depuis l'étranger)

Fax: 01 47 11 24 63

Code d'accès: F14 S0494

humanis.com







