



Groupe THALES

Dispositions générales Santé

Edition février 2015

Régime Santé Senior réservé aux retraités

Cette notice a pour objet de présenter les couvertures complémentaires santé proposées par Humanis Prévoyance aux retraités du Groupe THALES.

Ces dernières ont pour but de servir aux retraités des prestations complémentaires aux prestations en nature de la Sécurité sociale.

Frais de santé

➤ Bénéficiaires

Ces régimes garantissent :

- le retraité lui-même (*option individuelle*) ou
- sur sa demande le retraité lui-même et sa famille (*option familiale*).

Dans ce cas, les ayants droit sont :

- les personnes remboursées sous son numéro de Sécurité sociale jusqu'à leur 26^e anniversaire pendant la durée de l'apprentissage, du contrat de professionnalisation, ou des études, de l'inscription auprès du Pôle emploi comme demandeur d'emploi au titre d'un stage, immédiatement à l'issue de leurs études, et à condition qu'ils ne se livrent pendant cette période à aucune activité rémunératrice habituelle durable ;
- son conjoint non divorcé, non séparé de corps judiciairement, ayant son propre numéro de Sécurité sociale ainsi que ses enfants remboursés sous ce numéro :
 - jusqu'à la fin du trimestre civil suivant celui de la fin de ses études, du contrat d'apprentissage, ou du contrat de professionnalisation, ou de l'état d'incapacité de travail,
 - jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel ils atteignent leur 18^e ou 26^e anniversaire, ou, s'ils sont étudiants, jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils atteignent leur 26^e anniversaire.
- les personnes autres que celles décrites ci-dessus considérées comme les ayants droit du participant par la Sécurité sociale, inscrites sur son attestation de carte Vitale et remboursées sous son numéro.

Si le conjoint est assujéti à un régime spécial de la Sécurité sociale (travailleurs non salariés, commerçants, Mines...), **la prestation versée par l'institution ne peut jamais être supérieure à celle qui serait versée pour un participant affilié au régime général de la Sécurité sociale.**

À défaut de conjoint et à condition que le retraité soit célibataire, veuf(ve) ou divorcé(e) :

- son concubin ou sa concubine célibataire, veuf(ve) ou divorcé(e) (sous réserve de la production d'un justificatif de domicile commun ainsi que d'une attestation sur l'honneur de vie maritale) ;
- son partenaire ou sa partenaire auquel ou à laquelle le participant est lié par un PACS, sous réserve de la production d'un document officiel attestant du PACS ;
- ses enfants célibataires ou ceux de son conjoint non séparé de corps judiciairement ou ceux de son concubin ou de sa concubine ou ceux de son partenaire ou de sa partenaire, à charge au sens fiscal ou pour lesquels le retraité verse une pension alimentaire :
 - a) remboursés par un régime de Sécurité sociale des étudiants jusqu'à la fin du trimestre civil suivant celui de la fin de ses études ou jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils atteignent leur 26^e anniversaire ; si l'enfant effectue des études à l'étranger, les prestations versées par l'institution sont calculées sur la base de remboursement de la Sécurité sociale française,
 - b) en apprentissage ou titulaires d'un contrat d'alternance (qualification, orientation, adaptation) ou d'insertion dans la vie professionnelle, prévu par la législation sociale, jusqu'à la fin du trimestre civil suivant celui de la fin du contrat d'apprentissage,

- c) handicapés, titulaires avant leur 21^e anniversaire d'une carte d'invalidité civile d'un taux minimum de 80 %, sans limite d'âge,
- d) remplissant les conditions indiquées en a) et b) qui deviennent handicapés avant l'âge de 26 ans. L'institution étudiera, cas par cas, les situations particulières,
- e) inscrits auprès du Pôle emploi à la recherche d'un premier emploi jusqu'à leur 26^e anniversaire à condition qu'ils ne se livrent pendant cette période à aucune activité rémunératrice habituelle et durable. Les enfants définis en a) et b) qui connaissent une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo demandeurs d'emploi.

➤ Conditions d'adhésion

L'adhésion au régime Santé Senior est facultative. Chaque retraité a le choix d'y adhérer ou de ne pas y adhérer.

La décision de ne pas adhérer est irréversible. Le retraité dispose d'un délai d'un an maximum à compter de la date de liquidation de sa pension de retraite pour demander à adhérer à l'un des 3 régimes décrits dans la présente notice. Passé ce délai, il ne pourra plus demander à adhérer au régime Santé Senior.

La date d'effet de l'adhésion est le 1^{er} jour de la retraite ou le 1^{er} jour du mois de la date d'adhésion souhaitée (délai d'un an maximum à compter de la date de la liquidation de la retraite).

Cette date d'adhésion étant définitive.

En cas de demande d'adhésion postérieure au départ à la retraite, les dépenses Frais de santé engagées avant le 1^{er} jour du mois de son adhésion ne seront pas prises en charge par Humanis Prévoyance.

L'adhésion est conditionnée par un double choix :

- choix du régime définissant les prestations (voir fiches jointes) ;
- choix de l'option définissant les bénéficiaires des prestations :
 - option individuelle : seul le retraité est couvert,
 - option familiale : le retraité et sa famille sont couverts.

Le régime choisi est le même pour tous les membres de la famille. De ce fait, les garanties retenues par le(s) bénéficiaire(s) doivent être identiques à celles retenues par le participant. L'adhésion est annuelle ; elle prend effet dès le 1^{er} jour du départ à la retraite ou au 1^{er} jour du mois de la demande jusqu'au 31 décembre de l'exercice. Elle se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction.

➤ Délai de rétractation

Dans le cadre de la réglementation sur la vente à distance, le participant a le droit de renoncer à son adhésion, dans un délai de 15 jours calendaires révolus à compter de la date d'effet précisée au bulletin d'adhésion.

Ce délai expire le dernier jour à 24 heures, il n'est pas prorogé s'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié chômé.

Le contrat ne produit plus ses effets qu'à l'expiration de ce délai sauf si le participant demande expressément son exécution à la date prévue au bulletin d'adhésion, en cochant la case prévue à cet effet sur le bulletin d'adhésion.

L'adhésion se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf demande de résiliation par le participant dans les conditions prévues au chapitre « Résiliation » de la présente notice d'information.

Modalité d'exercice du droit de rétractation :

Le droit de rétractation s'exerce en adressant au siège social d'Humanis Prévoyance, dans un délai de 15 jours calendaires révolus à compter de la date d'effet précisée au bulletin d'adhésion, l'original du bulletin d'adhésion accompagné d'une lettre recommandée avec avis de réception, rédigée selon le modèle ci-dessous :

« Je soussigné (nom, prénom), déclare renoncer à mon adhésion au contrat SANTE SENIOR assuré par Humanis Prévoyance, conformément à la réglementation régissant la vente à distance codifiée à l'article L.932-15-1 du Code de la Sécurité sociale.

Le cas échéant, préciser :

Ayant expressément demandé l'exécution de mon contrat à effet de la date prévue au bulletin d'adhésion, je demande le remboursement des cotisations d'assurances déjà versées dans le délai de 15 jours prévu par la loi et m'engage à vous rembourser le montant des prestations perçues pendant ce même délai. » (date, nom, prénom, adresse, signature).

Si le participant a souhaité que le contrat commence à être exécuté à la date prévue au bulletin d'adhésion (et non à l'issue du délai de 15 jours), la rétractation entraîne :

- la restitution par le participant à Humanis Prévoyance de l'intégralité des prestations payées ;
 - la restitution par Humanis Prévoyance au participant de l'intégralité des cotisations payées ;
- dans les meilleurs délais, et au plus tard dans le délai de 30 jours à compter du jour où Humanis Prévoyance a reçu la lettre de rétractation. Au-delà de ce délai, la somme due est de plein droit productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

➤ Cotisations

Les cotisations, intégralement à la charge du participant, dont le montant est notifié par l'institution à l'aide d'un bordereau, sont payables d'avance trimestriellement, par prélèvement automatique sur le compte du participant.

Le participant qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du bénéfice des garanties. L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre est envoyée 10 jours plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation de son adhésion aux garanties.

➤ Étendue des garanties

Les garanties (voir fiches jointes) jouent pour les frais médicaux et chirurgicaux ayant donné lieu à remboursement par la Sécurité sociale au titre du régime Maladie et Maternité.

Elles jouent également pour certains actes non pris en charge par la Sécurité sociale exclusivement lorsque ceux-ci sont nommément définis dans le tableau des prestations du régime considéré.

En aucun cas, la prestation versée par Humanis Prévoyance à un participant pour lui-même ou pour ses ayants droit par l'un de ces régimes, additionnée à celle versée par la Sécurité sociale et par un autre régime de prévoyance complémentaire le cas échéant, ne peut dépasser, pour chaque acte, les frais réels engagés.

Humanis Prévoyance prend en charge, pour le calcul de ses prestations, **les frais réels qui ont été portés à la connaissance de la Sécurité sociale** et qui figurent sur un décompte de cet organisme.

Humanis Prévoyance se réfère à la nomenclature des actes professionnels de la Sécurité sociale pour le calcul des prestations concernant les prothèses dentaires refusées par la Sécurité sociale.

Les prestations ne sont versées que pour les frais engagés au titre de maladies, soins ou accidents postérieurement à l'adhésion, pendant la durée de l'adhésion et sur présentation des justificatifs énoncés dans les tableaux des prestations.

Les prestations sont exprimées :

- soit en pourcentage des frais réellement engagés ;
- soit en pourcentage des frais réels limités à un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale **sous déduction des prestations versées par cette dernière** et, le cas échéant, par tout autre organisme complémentaire.

Le montant des prestations est, pour certains frais, exprimé dans la limite :

- soit d'un pourcentage du remboursement de la Sécurité sociale ;
- soit d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale ;
- soit d'un forfait exprimé en nombre de points AGIRC (valeur au 1^{er} janvier de l'année de l'événement) ;
- soit d'un forfait exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (valeur au 1^{er} janvier de l'année de l'événement) ;
- soit d'un forfait combinant ces différents éléments.

➤ Cessation des garanties

Le décès du participant met fin à l'adhésion au contrat de l'ensemble des bénéficiaires le jour du mois de survenance du décès.

Un nouveau contrat peut être souscrit par le conjoint (ou assimilé), même âgé de moins de 55 ans, ou à défaut par tout autre bénéficiaire du participant décédé, s'il est souscrit dans les deux mois qui suivent le décès du participant.

► Tableau des prestations extra-contractuelles NOVALIS PLUS au 1^{er} janvier 2015

En complément des remboursements qu'Humanis Prévoyance assure dans le cadre du contrat Frais de santé du participant, l'institution prend également en charge certains soins spécifiques ou coûteux que l'Assurance maladie ne couvre pas. L'ensemble de ces prestations, dites "extra-contractuelles", se nomment "NOVALIS PLUS".

Elles sont versées sur présentation de :

- la prescription médicale ordonnant le traitement (sauf pour l'ostéopathie) ;
- l'original de la facture détaillée et acquittée sur laquelle figurent les coordonnées complètes du praticien ayant les diplômes requis pour dispenser les soins prescrits, ainsi que la date, la nature et la personne bénéficiaire des soins.

L'institution se réserve le droit, le cas échéant, de vérifier le diplôme du praticien ou le montant de sa facture.

Ces prises en charge spécifiques concernent des actes engagés durant l'année 2015 ; **elles peuvent être modifiées chaque année selon les évolutions réglementaires.**

Thème	Actes	Libellé des prestations 2015
Médecines douces	Ostéopathe, méthode Mézières, chiropractie, acupuncture*	40 € par séance dans la limite des Frais Réels et de 4 séances par personne et par an pour l'ensemble des actes
Soutien psychologique et psychomoteur	Psychomotricité, psychothérapie, psychologie pour les adultes	30 € par séance dans la limite des Frais Réels et de 300 € par personne et par an pour l'ensemble des actes
	Psychomotricité, psychothérapie, psychologie pour les enfants à charge	30 € par séance dans la limite des Frais Réels et de 600 € par personne et par an pour l'ensemble des actes
Actes médicaux hors nomenclatures	Radios non remboursées par la Sécurité sociale (scanner dentaire, ostéodensitométrie...)	50 € par prestation dans la limite des Frais Réels et de 200 € pour l'ensemble des actes par personne et par an
	Analyses non remboursées par la Sécurité sociale	50 % des Frais Réels dans la limite de 90 € par personne et par an
Pharmacie prescrite et non remboursée	Patch et traitements anti-tabac	Frais Réels dans la limite de 120 € par personne et par an
	Pilule contraceptive, prescrite médicalement	60 % des Frais Réels dans la limite de 60 € par personne et par an

* Les soins d'acupuncture ne sont pris en charge que s'ils ont été dispensés par un médecin conventionné.

► Actes de prévention

Humanis Prévoyance vous rembourse, en complément de la Sécurité sociale (et si cet organisme a bien identifié l'acte avec la mention "prévention"), au minimum le ticket modérateur pour l'ensemble des actes de prévention, à savoir :

- le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et **avant le quatorzième anniversaire** ;
- le détartrage **annuel** complet sus et sous-gingival, effectué en **deux séances maximum** ;
- le bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un **enfant de moins de quatorze ans** ;
- le dépistage de l'hépatite B ;
- le dépistage **une fois tous les cinq ans**, des troubles de l'audition chez les **personnes âgées de plus de 50 ans**, pour un des actes suivants : audiométrie tonale ou vocale, audiométrie tonale avec tympanométrie, audiométrie vocale dans le bruit, audiométrie tonale et vocale, audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie ;
- l'acte d'ostéodensitométrie, pour les **femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans** ;
- les vaccins pris en charge par la Sécurité sociale

► Franchises

Les franchises médicales instituées par la loi de financement de la Sécurité sociale de 2008 sur chacun des produits et actes suivants :

- **boîte de médicaments**, à l'exclusion de celle délivrée dans le cadre d'une hospitalisation ;
 - **acte effectué par un auxiliaire médical**, à l'exclusion des actes effectués au cours d'une hospitalisation ;
 - **le transport effectué en véhicule sanitaire terrestre, ou en taxi**, à l'exclusion des transports d'urgence ;
- ne sont pas prises en charge par l'institution.

► Parcours de soins coordonnés et contrats responsables

Définition du parcours de soins coordonnés

Le parcours de soins coordonnés consiste, pour le participant (âgé de plus de 16 ans), à choisir et désigner à sa CPAM un médecin traitant qu'il consulte en premier lieu en cas de problème de santé. Si cela s'avère nécessaire, c'est le médecin traitant qui orientera le participant vers un autre praticien spécialiste (médecin correspondant).

Si le participant respecte cette procédure de consultations, il est considéré "dans le parcours de soins", sinon, notamment s'il consulte un autre praticien sans passer par son médecin traitant, il est considéré "hors parcours de soins".

Situations particulières : le participant ou son ayant droit n'est pas considéré "hors parcours de soins" s'il consulte un médecin autre que son médecin traitant dans les cas suivants :

- lorsqu'il est éloigné de son lieu de résidence habituelle ;
- en cas d'urgence ;
- lorsque les actes et consultations sont assurés par le médecin remplaçant du médecin traitant ;
- lorsqu'il consulte directement un médecin généraliste installé depuis moins de 5 ans ;
- pour les actes et consultations effectués par un médecin en consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie, ou de lutte contre les toxicomanies.

Certains spécialistes peuvent être consultés directement sans que le patient ne soit considéré "hors parcours de soins" :

- les gynécologues médicaux et obstétriciens ;
- les ophtalmologues ;
- les psychiatres et neuropsychiatres (uniquement pour les participants âgés de moins de 26 ans) ;
- les chirurgiens dentistes et les auxiliaires médicaux.

En application de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale, l'institution prend à sa charge, pour chaque acte technique, l'intégralité des dépassements d'honoraires limités à 50 % du tarif opposable de la Sécurité sociale pratiqués par les médecins exerçant à titre libéral une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation ayant adhéré à l'option de coordination prévue par la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes conclue le 26 juillet 2011.

Dispositions des contrats responsables

- Si le participant est considéré "dans le parcours de soins", l'institution respecte l'obligation légale qui lui est faite de rembourser au minimum :
 - 100 % du ticket modérateur pour les consultations ;
 - 30 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour la pharmacie remboursée à 65 % prescrite par le médecin traitant ou par le médecin correspondant ;
 - 35 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les actes d'analyse et de laboratoire prescrits par le médecin traitant ou par le médecin correspondant.

Ces taux de prise en charge minimale peuvent être réduits afin que la prise en charge de la participation du participant ou de ses ayants droit n'excède pas le montant des frais réellement engagés.

- Si le participant est considéré "hors parcours de soins", l'institution respecte l'obligation légale qui lui est faite de ne pas rembourser :
 - la majoration du ticket modérateur qu'applique la Sécurité sociale sur le remboursement des actes et consultations pratiqués "hors parcours de soins" ;
 - les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins spécialistes dans la limite de 8€ selon les actes (cas général, dépassement autorisé au regard des tarifs en vigueur dans la convention médicale).

➤ Tiers payant étendu

Ce système de délégation de paiement permet, dans les départements de France métropolitaine et d'Outre Mer, de ne pas faire l'avance des frais de pharmacie, des frais de laboratoire, de radiologie, des auxiliaires médicaux, des soins externes et des frais d'optique dans les conditions prévues par le régime. Les professionnels de santé restent libres d'accepter ou de refuser l'application du tiers payant.

Si vous n'utilisez pas votre carte tiers payant, pensez à demander au professionnel de santé une facture pour être remboursé par Humanis Prévoyance. Pour bénéficier de ce système, une attestation ou une carte de tiers payant vous sera délivrée.

➤ Hospitalisation chirurgicale et médicale

Le système de prise en charge permet au retraité et à sa famille de ne pas avoir à faire l'avance des frais engagés et d'être garantis en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale :

- en service public des hôpitaux ;
- dans une clinique médicale conventionnée.

Toutefois, ne sont pas pris en charge :

- le supplément pour chambre particulière et lit d'accompagnement au-delà des limites indiquées dans les tableaux des prestations ;
- les dépenses personnelles (téléphone, télévision...).

➤ Procédure Noémie

Cette procédure consiste en la télétransmission directe et automatique par les CPAM des décomptes de remboursements de Frais de santé aux organismes complémentaires. Il n'est donc plus nécessaire d'attendre que le Centre de Sécurité sociale adresse le décompte papier pour ensuite le transmettre à Humanis Prévoyance.

Cette procédure entraîne donc un gain de temps dans les délais de remboursement. L'adhésion à cette procédure figure sur la demande d'adhésion aux garanties "Frais de santé".

Les échanges Noémie ne concernent pas les assurés à un régime spécial de Sécurité sociale (agricole, SNCF...).

Si le participant ne bénéficie pas de la procédure Noémie (ou ne souhaite pas en bénéficier), ses ayants droit ne pourront pas en bénéficier.

Les ayants droit adhérant à une autre mutuelle ne pourront bénéficier de la procédure Noémie.

➤ Risques exclus

Pour les garanties prévues dans le certificat d'adhésion, l'institution n'intervient pas si les frais engagés résultent :

- d'interventions de chirurgie esthétique ou de rajeunissement. Ne sont pas visées par cette exclusion, les interventions de chirurgie plastique liées à une maladie ou un accident **sous réserve qu'elles soient prises en charge par la Sécurité sociale ;**
- des interventions de chirurgie liées à une transformation sexuelle ;

- des interventions chirurgicales résultant de blessures ou lésions provenant de faits de guerre ou de bombardements dans la mesure où ces risques sont exclus par la législation en vigueur ;
- de la part des frais de déplacement non retenue par la Sécurité sociale au titre de sa prise en charge.

Seuls les frais de transport terrestre acceptés par la Sécurité sociale sont pris en charge par l'institution qui, dans la limite d'une puissance fiscale de

7 CV, complète à hauteur du niveau de garantie prévu au présent contrat, le montant remboursé par la Sécurité sociale.

Les honoraires non déclarés à la Sécurité sociale demandés par certains praticiens ne sont pas remboursés par l'institution.

Ces exclusions ne s'appliquent pas aux actes visés par les obligations minimales de prise en charge fixées aux articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

➤ Changement des conditions d'adhésion

Toute demande de changement de régime ou d'option ou toute demande de résiliation doit être formulée auprès d'Humanis Prévoyance par courrier, la date du cachet de la poste faisant foi.

Lorsqu'il y a modification de la situation de famille, la demande de changement doit être formulée dans les meilleurs délais et obligatoirement dans les 6 mois suivant l'événement familial qui doit être justifié par une pièce d'état civil.

Nature du changement	Sans changement de situation de famille	En cas de changement de situation de famille	Date d'effet du changement
Changement de régime	Après une durée minimum d'adhésion de 3 années civiles avec un délai de prévenance avant le 31 octobre de chaque année.		1 ^{er} janvier de l'exercice suivant la date de la demande
Changement d'option (individuelle ou familiale)	Possible à tout moment. Uniquement pour passer de l'option familiale à l'option individuelle.	Possible en cas de : ■ Mariage, conclusion d'un PACS, vie maritale ; ■ Départ à la retraite du conjoint qui bénéficiait en tant qu'actif d'une complémentaire santé obligatoire (fournir une attestation de radiation de cette complémentaire santé). Pour passer de l'option individuelle à l'option familiale.	Premier jour du trimestre civil qui suit la date de la demande

➤ Résiliation

Le participant a la faculté de demander la résiliation de son adhésion au contrat au 31 décembre d'un exercice sous réserve d'une notification adressée à l'institution deux mois avant cette date par lettre recommandée avec accusé de réception. Il a également la possibilité de demander la résiliation de son adhésion au contrat lors de la révision des cotisations ou du montant des garanties, au plus tard dans le délai d'un mois suivant la notification desdites révisions. **Toute demande de résiliation est définitive.**

➤ Formalités générales

Adresse pour l'envoi des dossiers :

Humanis

93 rue Marceau - 93187 Montreuil Cedex

Le dossier doit comporter les justificatifs indiqués et être accompagné du "Document d'identification" à détacher du précédent décompte de prestations d'Humanis Prévoyance. Les demandes de remboursement doivent être déposées dans un **délai maximum d'un an** à compter de la date du règlement effectué par la Sécurité sociale, **sous peine de déchéance**. Les **réclamations** sur un remboursement sont à formuler **au plus tard 3 mois** après la date du paiement par l'institution en adressant **l'original du décompte**, objet de la réclamation.

Réclamations

Les éventuelles réclamations sont à adresser à :

Humanis - Service Satisfaction Client

303 rue Gabriel Debacq - 45777 Saran Cedex

Justificatifs à fournir (se reporter aux tableaux des prestations)

Justificatifs de situation pour les enfants de plus de 18 ans, à fournir :

- certificat de scolarité chaque année ;
- contrat d'apprentissage, de stage en alternance... ;
- justificatif de recherche de 1^{er} emploi.

Obligatoirement les originaux ; en cas de remboursement préalable d'une mutuelle ou d'un autre organisme : original du décompte de la mutuelle ou de cet organisme et copie des bordereaux de la Sécurité sociale.

Les justificatifs reçus ne sont pas retournés, le décompte de remboursement d'Humanis Prévoyance étant le reflet des bordereaux de la Sécurité sociale.

Versement des prestations

Le montant des remboursements Frais de santé est viré directement et exclusivement sur le compte bancaire du participant et le décompte correspondant adressé à son domicile.

Vous devez impérativement signaler à l'institution vos changements d'adresse, de CPAM et/ou de compte bancaire.

➤ Délai de prescription

Toutes actions dérivant de la présente notice d'information sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui leur donne naissance conformément à l'article L932-13 du Code de la Sécurité Sociale.

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 des risques garantis au titre des présentes dispositions générales, que du jour où les intéressés en ont connaissance s'ils prouvent qu'ils les ont ignorés jusque-là.

Quand l'action du participant contre l'institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par :

- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception concernant l'action en paiement des cotisations ou des prestations et la désignation d'un expert ;
- la citation en justice ;
- l'impossibilité d'agir ;
- la reconnaissance par l'institution (ou le participant) du droit du participant (ou de l'institution) contre lequel il prescrivait ;
- la reconnaissance de dettes.

➤ Informatique et Libertés

Les recueils de données et informations délivrées au participant s'inscrivent dans le respect de la loi n° 7817 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Le participant dispose notamment d'un droit d'opposition à la prospection, d'accès et de rectification des données le concernant qui s'exerce auprès d'Humanis Prévoyance.

➤ Contrôle - Expertise

À toute époque et sous peine de déchéance de garantie du participant, l'institution se réserve le droit de procéder au contrôle de l'état de santé du participant et des soins engagés.

Les contrôles médicaux ainsi réalisés par l'institution sont effectués par des médecins agréés par elle, ou par des médecins conseils choisis sur la liste de la Fédération française des associations de médecins conseils.

L'institution ne verse pas les prestations :

- lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale nécessaire de l'état de santé du participant ;
- lorsque le médecin contrôleur n'a pas pu accéder au domicile du participant, soit en raison de l'absence du participant en dehors des heures de sorties autorisées, soit en raison d'une adresse erronée ou incomplète ou d'un code d'accès inconnu ;
- ou lorsque le participant ne s'est pas présenté le jour de la convocation au contrôle médical du médecin conseil choisi par l'institution, ou si le participant a refusé de se soumettre à ce contrôle.

À ce titre, l'institution cesse de verser les prestations à compter de la date à laquelle elle informe le participant.

En cas de désaccord entre le médecin du participant et le médecin de l'institution, les parties intéressées choisissent un troisième médecin expert pour les départager. À défaut d'entente entre elles sur cette désignation, le troisième médecin est désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance territorialement compétent saisi par la partie la plus diligente. L'institution et le participant concerné supportent chacun pour moitié l'ensemble des frais liés à la nomination de ce médecin.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise du troisième médecin revêt un caractère obligatoire pour les parties concernées. Conformément à cet avis, l'institution peut être amenée à reprendre le versement des prestations relatives aux soins ayant fait l'objet de la procédure d'expertise.

Le refus de se soumettre à toute constatation médicale demandée par l'institution entraînera pour le participant la perte de tout droit aux prestations versées, à compter de la date à laquelle l'institution informera le participant du constat de son refus.

➤ Étendue territoriale

Les garanties du contrat s'exercent en France métropolitaine ou dans les départements d'Outre Mer. Elles s'étendent aux accidents survenus et aux maladies contractées à l'étranger lorsque le régime de la Sécurité sociale s'applique. En tout état de cause, les prestations versées par l'institution sont calculées sur la base de remboursement de la Sécurité sociale française. Le règlement des prestations est effectué en France ou dans les départements d'Outre Mer, en euros.

➤ Autorité de Contrôle

Une Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) s'assure du respect des engagements contractés par les institutions de prévoyance à l'égard de leurs participants, bénéficiaires et ayants droit. Ceux-ci peuvent, sans préjudice des actions de justice qu'ils ont la possibilité d'exercer par ailleurs, adresser d'éventuelles réclamations au siège de l'institution.

En outre, lorsque ces réclamations concernent le règlement de l'institution ou le contrat, elles peuvent être adressées à l'Autorité de Contrôle dont les coordonnées sont les suivantes :

ACPR - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09

➤ Définitions

Participant : personne qui souscrit au contrat, désignée sous ce nom dans les documents d'adhésion.

Adhésion : acceptation des présentes dispositions générales et des conditions particulières décrites dans le certificat d'adhésion.

Bénéficiaire : personne désignée sous ce nom dans les documents d'adhésion et qui est couverte par les garanties des présentes dispositions générales, moyennant versement d'une cotisation spécifique.

Certificat d'adhésion : document signé par le participant, décrivant les garanties souscrites, les bénéficiaires garantis, la date d'effet de l'adhésion et des garanties ainsi que le montant des cotisations.



Votre interlocuteur Humanis

Pour plus d'information sur votre régime



Téléphone :  **N°Cristal 0 977 400 550**

(du lundi au vendredi de 8h à 18h)

APPEL NON SURTAXE

Courrier :

Humanis

93 rue Marceau

93187 Montreuil Cedex

Pour une prise en charge hospitalière

Fax : 01 58 82 40 39

Pour un devis dentaire

Fax : 01 58 82 40 41

Pour contacter l'Action sociale

 **N°Cristal 0 972 72 23 23**

APPEL NON SURTAXE



Internet :

humanis.com