

Groupe THALES

Notice d'information santé

✦ Édition janvier 2016

Régime Frais de santé

Cette notice présente les garanties Frais de santé dont vous bénéficiez à titre obligatoire, en tant que salarié du groupe THALES.



Humanis

THALES

Protéger c'est s'engager

humanis.com

► OBJET

Le présent régime Frais de santé a pour objet de servir aux salariés des entreprises du groupe THALES y compris les impatriés rattachés à la Sécurité sociale française (ci-après dénommés participants) et à leurs ayants droit, des prestations complémentaires s'ajoutant aux prestations en nature de la Sécurité sociale.

Il intervient également pour certains actes non pris en charge par la Sécurité sociale exclusivement lorsque ceux-ci sont nommément définis dans le tableau des prestations. Les prestations servies par le régime sont définies dans les tableaux ci-après, et **s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale ou le cas échéant, par tout autre organisme.**

Toutefois, les prestations versées par Humanis Prévoyance à un participant pour lui-même ou pour ses ayants droit sont, dans tous les cas, limitées pour chaque acte, aux frais réels engagés.

Pour les prestations exprimées en pourcentage du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale), le montant du plafond retenu est celui en vigueur au 1^{er} janvier de l'année de l'événement.

Humanis Prévoyance ne prend en considération pour le calcul de ses prestations, que les frais réels qui figurent sur le décompte de la Sécurité sociale (sauf dispositions prévues dans les tableaux pages 4 et 5). **Les honoraires non déclarés à la Sécurité sociale ne sont pas remboursés par Humanis Prévoyance.**

Les prestations ne sont versées que pour les soins survenus postérieurement à la date de l'affiliation, pendant la durée de l'affiliation et sur présentation des justificatifs énoncés pages 7 et 8.

Les présentes dispositions sont établies en considération de la législation de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier 2016.

► PRISE D'EFFET DES GARANTIES

L'affiliation du participant prend effet :

- ✦ à la date de prise d'effet du contrat lorsque le participant est inscrit à cette date dans les effectifs du Groupe THALES ;
- ✦ à sa date d'embauche.

► BÉNÉFICIAIRES

Le régime Frais de santé garantit les personnes suivantes :

- ✦ le participant lui-même ;
- ✦ le conjoint du participant non divorcé, non séparé de corps judiciairement, à défaut son partenaire au titre d'un Pacte civil de solidarité (PACS) au sens des articles 515-1 et suivants du Code civil, à défaut son concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, assuré social ou non, sous réserve que :
 - le participant partenaire d'un PACS fournisse l'attestation d'inscription de la déclaration faite auprès du Greffe du Tribunal d'Instance ;
 - le participant en concubinage justifie du caractère stable et notoire de cette union de fait.
- ✦ ses enfants à charge.

Sont réputés à la charge du participant les enfants du participant, légitimes, reconnus, adoptés ou recueillis dont il a la garde ou pour lesquels il verse une pension alimentaire et ceux de son conjoint non séparé de corps judiciairement (ou à défaut de conjoint ceux de son partenaire PACS, ou à défaut de partenaire PACS ceux de son concubin) dont celui-ci a la garde et à condition :

- qu'ils soient âgés de moins de 18 ans ;
- ou qu'âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans :
 - ✦ ils poursuivent leurs études et soient affiliés au régime de Sécurité sociale des étudiants (si l'enfant effectue ses études à l'étranger, les prestations versées par l'institution sont calculées sur la base de remboursement de la Sécurité sociale française ; ces dispositions s'appliquent pour tout enfant affilié auprès d'un régime de Sécurité sociale français ou dans un pays disposant d'accords avec la France).
 - ✦ ou à défaut, ils justifient d'un apprentissage ou d'un contrat de formation en alternance (notamment contrat de professionnalisation) ;
 - ✦ ou à défaut, ils soient en insertion dans la vie professionnelle tel que prévu par la législation sociale ;
 - ✦ ou à défaut, ils soient inscrits auprès du Pôle emploi comme demandeur d'emploi immédiatement à l'issue de leurs études ou de leur formation professionnelle ;
- sans limite d'âge, s'ils sont reconnus avant l'âge de 26 ans handicapés ou en état d'incapacité de travail. L'état d'incapacité est celui qui entraîne une impossibilité physique temporaire ou permanente et consécutive à une maladie ou à un accident de se procurer des revenus par l'exercice d'une profession quelconque.

Dans les conditions précédemment définies, les enfants sont considérés comme étant à charge :

- 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 ;
- jusqu'à la fin du trimestre civil suivant celui de la fin des études ou de l'état d'incapacité de travail ;
- jusqu'à ce qu'ils ne remplissent plus les conditions de primo demandeurs d'emploi ;
- les personnes autres que celles décrites ci-dessus considérées comme les ayants droit du participant par la Sécurité sociale, inscrites sur son attestation Vitale et remboursées sous son numéro.

► 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 psychiatres et neuropsychiatres (uniquement pour les personnes âgées de moins de 26 ans) ;
- ✎ les chirurgiens dentistes et les auxiliaires médicaux.

C'est également le cas pour un certain nombre d'actes effectués par les gynécologues médicaux et obstétriciens et les ophtalmologues.

La majoration de la participation de l'assuré et les dépassements d'honoraires facturables en cas de non-respect du parcours de soins ne peuvent être pris en charge au titre des contrats responsables.

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 présent contrat respectent le cahier des charges du « Contrat Responsable » 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 bénéficiaire 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).

► DÉFINITIONS

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 www.ameli.fr.

Ticket Modérateur (TM) :

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.

Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) :

Le tarif forfaitaire de responsabilité est un tarif de référence pour le remboursement de certains médicaments. Il est destiné à prendre en charge, sur la base d'un tarif unique, des produits équivalents en termes d'efficacité (médicaments génériques et médicaments de marque). Il est calculé à partir du prix des médicaments génériques les moins chers.

Contrat d'Accès aux Soins (CAS) :

Certaines garanties font l'objet d'une prise en charge différenciée selon que le médecin est signataire ou non du CAS. Le CAS est un 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.

Professionnels non conventionnés :

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

Optique :

Dans le cadre du contrat responsable et solidaire, la prise en charge de l'équipement optique remboursé par la Sécurité sociale est limitée à un équipement tous les deux ans, composé de deux verres et d'une monture. 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 24 mois glissants (ou 12 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 (verres ou monture) et s'achève deux ans après.

► Tableau des prestations contractuelles au 1^{er} janvier 2016

Les garanties s'entendent y compris les remboursements de la Sécurité sociale, sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale.

Toutefois, les prestations versées par Humanis Prévoyance à un participant pour lui-même ou pour ses ayants droit sont, dans tous les cas, **limitées pour chaque acte, aux frais réels restant à charge** après intervention de la Sécurité sociale et, le cas échéant, de tout autre organisme.

	Régime unique
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MÉDICALE, y compris maternité (secteurs conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Honoraires - Signataires CAS	100 % FR
Honoraires - Non signataires CAS	200 % BR
Frais de séjour	100 % FR
Chambre particulière	3,5 % PMSS/jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	3,5 % PMSS/jour
Forfait hospitalier	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
SOINS DE VILLE (secteurs conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Consultations et visites, généralistes - Signataires CAS	250 % BR
Consultations et visites, généralistes - Non signataires CAS	200 % BR
Consultations et visites, spécialistes - Signataires CAS	450 % BR
Consultations et visites, spécialistes - Non signataires CAS	200 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires CAS	100 % FR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires CAS	200 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires CAS	100 % FR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires CAS	200 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100 % FR
Auxiliaires médicaux - Conventionnés	100 % FR
Auxiliaires médicaux - Non conventionnés	95 % FR (Mini : 100 % BR)
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la Sécurité sociale	450 % BR
Autre appareillage remboursé par la Sécurité sociale (ex : orthèses, semelles orthopédiques, ceintures lombaires, bas de contention : classe I,II et III...)	450 % BR
PHARMACIE	
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR ou TFR
TRANSPORT	
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % FR
FRAIS D'OPTIQUE	
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans). Remboursement maximum pour la monture de 150 €	
(a) Équipement avec 2 verres simples ⁽²⁾	470 €
(b) Équipement avec 1 verre simple (a) et 1 verre complexe (c) ⁽²⁾	610 €
(c) Équipement avec 2 verres complexes ⁽²⁾	750 €
(d) Équipement avec 1 verre simple (a) et 1 verre très complexe (f) ⁽²⁾	660 €
(e) Équipement avec 1 verre complexe (c) et 1 verre très complexe (f) ⁽²⁾	800 €
(f) Équipement avec 2 verres très complexes ⁽²⁾	850 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR + 12 % PMSS/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	12 % PMSS/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	50 % FR limité à 20 % du PMSS/œil + 60 % FR limité à 600 €/œil

FR : Frais réels

BR : Base de remboursement

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale au 1^{er} janvier de l'année

TFR : Tarif forfaitaire de responsabilité

La contribution forfaitaire, à la charge du participant instaurée par la réforme de l'Assurance maladie pour tout acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale, dont le montant est fixé par décret à 1 € et limité à 4 € par jour lorsque les actes ou consultations sont réalisés par un même professionnel de santé, n'est pas prise en charge par l'Institution.

(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.



FRAIS DENTAIRES

Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	470 % BR
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale	500 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale :	
- Couronnes, bridges et inter de bridges	550 % BR
- Inlay-Cores	370 % BR
- Couronnes sur implant	550 % BR
- Prothèses dentaires amovibles	550 % BR
- Réparations sur prothèses	550 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale :	
- Couronnes	18,6 % du PMSS par acte
- Bridges	48,9 % du PMSS par acte
- Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)	2,2 % du PMSS par acte
- Prothèses dentaires provisoires	2,4 % du PMSS par acte
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	550 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale -18 ans	550 % BR reconstituée
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale +18 ans	50 % FR limité à 250 % BR reconstituée
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	50 % FR limité à 10 % du PMSS/an/personne
Implant	65 % FR limité à 25 % du PMSS/implant limité à 6/an/ personne répartis comme suit : Implant : 65 % FR limité à 15 % du PMSS/implant limité à 6/an/personne
Pilier implantaire	Pilier implantaire : 65 % FR limité à 10 % du PMSS/pilier limité à 6/an/personne

AUTRES SOINS

Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale : honoraires et soins	12 % PMSS/an/bénéficiaire
Analyses hors nomenclature	50 % FR limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire + 60 % FR limité 120 €/an/bénéficiaire
Radiologie hors nomenclature	50 % FR limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire + 70 % FR limité à 70 €/acte dans la limite de 300 €/an/bénéficiaire
Péridurale non prise en charge par la Sécurité sociale	50 % FR limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire 50 % FR limité à 7 % du PMSS/an/bénéficiaire
Psychomotricité, psychothérapie et psychologue	60 % FR limité à 45 €/séance dans la limite de 450 €/an/bénéficiaire
Psychomotricité, psychothérapie et psychologue pour enfant	65 % FR limité à 50€/séance dans la limite de 950 €/an/bénéficiaire
Ostéopathie, acupuncture ⁽³⁾ , chiropractie et kinésithérapie méthode Mézières	50 % FR limité à 7 % du PMSS/an/bénéficiaire + 70 % FR limité à 50 €/séance dans la limite de 400 €/an/bénéficiaire
Étiopathie	7 % PMSS/an/bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	100 % FR
Traitement anti-tabac non remboursé par la Sécurité sociale	70 % FR limité à 150 €/an/bénéficiaire
Pilules contraceptives non remboursées par la Sécurité sociale	80 % FR limité à 60 €/trimestre/bénéficiaire
Pédicurie : uniquement pour les ongles incarnés et les hallux-valgus	50 % FR limité à 6 actes/an/bénéficiaire
Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale ⁽⁴⁾	100 % FR

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

(4) Les actes de prévention pris en charge sont :

- 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.
- Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum.
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- 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 (CDQP010) ; Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire (prise en charge limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans).
- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; Coqueluche : avant 14 ans ; Hépatite B : avant 14 ans ; BCG : avant 6 ans ; Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; Haemophilus influenzae B ; Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

► RISQUES EXCLUS

Sont exclus et n'entraînent aucun paiement à la charge de Humanis Prévoyance les sinistres résultant :

- ✦ d'interventions de chirurgie esthétique et de rajeunissement ; ne sont pas visés 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 et pour lesquelles le médecin-conseil de l'institution a rendu un avis favorable ;**
- ✦ d'interventions de chirurgie liées à une transformation sexuelle ;
- ✦ d'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.

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

► PROCÉDURE NOÉMIE (Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Externes)

Cette procédure consiste, sur demande, en la télétransmission directe et automatique à l'institution par la Sécurité sociale de l'image informatique de son décompte papier le jour même du traitement, d'où une réduction des délais de remboursement.

Il n'est plus nécessaire d'attendre de recevoir le décompte papier de la Sécurité sociale pour le transmettre ensuite à l'institution, seuls les justificatifs indiqués en pages 7 et 8 sont à adresser à l'institution pour le versement des prestations.

Cette procédure est ouverte au participant et à ses ayants droit remboursés par le régime général de la Sécurité sociale et qui n'ont pas de régime complémentaire personnel (si tel est le cas, le dossier à rembourser doit être envoyé en priorité à leur organisme propre). La demande doit être effectuée sur le bulletin d'affiliation.

Les échanges Noémie ne concernent pas les travailleurs non salariés (commerçants, artisans...) ainsi que les assurés à un régime spécial de Sécurité sociale (agricole, SNCF...). Pour les enfants inscrits auprès de certains régimes étudiants, des échanges Noémie sont désormais possibles.

Pour en bénéficier, merci d'en faire la demande par écrit auprès de Humanis Prévoyance.

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

► TIERS PAYANT ÉTENDU

Pour l'ensemble des salariés du groupe THALES, le tiers payant est gratuit et généralisé. Les salariés disposeront d'une attestation justifiant ce service. Le tiers payant étendu permet de ne pas faire l'avance des frais de pharmacie, des frais de laboratoire, de radiologie, des soins externes, d'auxiliaires médicaux 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).

Dans vos services en ligne, sur votre espace client, un **outil de géolocalisation** vous aide à localiser les professionnels de santé vous permettant d'obtenir le tiers payant iSanté :

- ✦ par catégorie (laboratoires, radiologies...),
- ✦ par code postal, département ou ville,
- ✦ par adresse (recherche d'un professionnel de santé proche de votre domicile...).

Pour trouver un opticien Itelis :

- ✦ à partir de votre espace client sur humanis.com (géolocaliser un opticien Itelis) ;
- ✦ grâce à l'application smartphone «Humanis Appli-Santé» disponible sur l'Apple store ou Google play ou en flashant l'un des QR Codes :



Apple



Android

Vous y trouverez aussi des services complémentaires : « Combien ça coûte » et « Mieux comprendre » afin de vous aider dans votre choix.

Avec Itelis Optique, vous bénéficiez d'avantages chez les opticiens du réseau Itelis.

- ✦ tarifs négociés sur les verres (moyenne de - 30 à - 40 %) et sur les montures (- 15 %),
- ✦ garantie casse deux ans sans franchise,
- ✦ deuxième paire de lunettes à 1 € (selon offre commerciale du magasin),
- ✦ contrat adaptation des verres progressifs et des lentilles.

Si vous n'utilisez pas votre carte tiers payant, pensez à demander auprès du professionnel de santé une facture pour être remboursé par Humanis Prévoyance.

► HOSPITALISATION / PRISE EN CHARGE

Le système de la prise en charge permet au participant et à ses ayants droit de ne pas avoir à faire l'avance des frais remboursés par Humanis Prévoyance en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale :

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

Toutefois, ne sont pas prises en charge les dépenses personnelles (téléphone, télévision...). Sur demande de l'établissement de soins ou du participant, Humanis Prévoyance adresse un « accord de prise en charge » à l'établissement et une copie pour information au domicile du participant.

► JUSTIFICATIFS À FOURNIR POUR ÊTRE REMBOURSÉ

Avec télétransmission NOÉMIE :

Il n'est pas nécessaire d'adresser l'original du bordereau de remboursement de la Sécurité sociale qui comporte alors un message tel que : « Ce décompte a été transmis à Humanis Prévoyance ».

Cependant, pour certains actes, les documents décrits dans le tableau ci-dessous doivent être adressés à Humanis Prévoyance pour effectuer les remboursements dus.

Sans télétransmission NOÉMIE :

Dans ce cas, il faut obligatoirement adresser l'original du bordereau de remboursement de la Sécurité sociale.

En cas de remboursement préalable d'une mutuelle ou d'un autre organisme : original du décompte de cette mutuelle ou de cet organisme et copie du bordereau de la Sécurité sociale doivent être envoyés à Humanis Prévoyance.

	Avec télétransmission Noémie	Sans télétransmission Noémie
Hospitalisation :		
• en hôpital public	Avis des sommes à payer + Attestation de paiement	
• en clinique conventionnée	Bordereau de facturation délivré par la clinique, acquitté et signé des praticiens	
• en clinique non conventionnée	Facture détaillée et acquittée	Facture détaillée et acquittée + Décompte de remboursement de la Sécurité sociale
• forfait hospitalier	Facture acquittée	
Transports	Néant	Facture acquittée + Décompte de remboursement de la Sécurité sociale
Consultations, visites, pharmacie, analyses, laboratoires, petite chirurgie, radiologie, auxiliaires médicaux	Néant	Décompte de remboursement de la Sécurité sociale
Orthopédie, petit appareillage, prothèses auditives	Facture détaillée et acquittée	Facture détaillée et acquittée + Décompte de remboursement de la Sécurité sociale
Cures thermales	Facture détaillée et acquittée de l'établissement thermal + Facture détaillée et acquittée des frais d'hébergement et de transport	Facture détaillée et acquittée de l'établissement thermal + Facture détaillée et acquittée des frais d'hébergement et de transport + Décompte de remboursement de la Sécurité sociale
Dentaire :		
• soins dentaires, parodontologie remboursés par la Sécurité sociale	Si dépassements d'honoraires, facture acquittée mentionnant le(s) code(s) CCAM Dentaire et le coût de chaque acte ainsi que le numéro des dents concernées	Décompte de remboursement de la Sécurité sociale + Si dépassement d'honoraires, facture acquittée mentionnant le(s) code(s) CCAM Dentaire et le coût de chaque acte ainsi que le numéro des dents concernées
• prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	Facture acquittée mentionnant le(s) code(s) CCAM Dentaire et le coût de chaque acte ainsi que le numéro des dents concernées	Décompte de remboursement de la Sécurité sociale + Facture acquittée mentionnant le(s) code(s) CCAM Dentaire et le coût de chaque acte ainsi que le numéro des dents concernées
• parodontologie et prothèses non remboursés par la Sécurité sociale • implant et pilier implantaire	Facture acquittée mentionnant le(s) code(s) CCAM Dentaire et le coût de chaque acte ainsi que le numéro des dents concernées	
• orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	Facture acquittée indiquant la date de début et de fin du semestre de traitement	Décompte de remboursement de la Sécurité sociale + Facture acquittée indiquant la date de début et de fin du semestre de traitement
• orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	Facture acquittée indiquant la date de début et de fin du semestre de traitement <i>Attention, notre participation sur les frais d'orthodontie non remboursés par la sécurité sociale n'intervient qu'au terme de chaque semestre de traitement</i>	

Optique :

Avec télétransmission Noémie

Sans télétransmission Noémie

Facture détaillée et acquittée
+
Copie de la prescription médicale

Facture détaillée et acquittée
+
Décompte de remboursement de la Sécurité sociale
+
Copie de la prescription médicale

- verres - monture

*Attention, en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue :
Facture détaillée et acquittée
+ Ancienne et nouvelle prescriptions médicales*

ou

*Nouvelle prescription médicale et tout document de l'opticien précisant
la correction de l'équipement précédent*

ou

*Prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien
ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction*

- lentilles **remboursées** par la Sécurité sociale

Facture détaillée et acquittée
+
Copie de la prescription médicale

Facture détaillée et acquittée
+
Décompte de remboursement de la Sécurité sociale
+
Copie de la prescription médicale

- lentilles **non remboursées** par la Sécurité sociale

Copie de la prescription médicale + Facture détaillée et acquittée

Autres soins

Copie de la prescription médicale (sauf pour l'ostéopathie, l'étiopathie, la chiropractie et la kinésithérapie méthode Mézières, et dans certains cas les vaccins)
+
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

► CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- ❖ suspension de votre contrat de travail non rémunérée et/ou indemnisée ou rupture de votre contrat de travail ;
- ❖ résiliation par l'entreprise adhérente des garanties auprès de l'institution ;
- ❖ suspension ou résiliation des garanties de l'entreprise par l'institution ;
- ❖ à la date de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires, sauf en cas de cumul emploi-retraite.

► MAINTIEN DES GARANTIES

Réservistes

Par dérogation au paragraphe "Cessation des garanties" ci-dessus de la présente notice, les salariés en période de réserve militaire sur le sol français, continuent à bénéficier des garanties Frais de santé, malgré la suspension de leur contrat de travail.

Salariés en incapacité ou invalidité

Les participants percevant une indemnité complémentaire de Humanis Prévoyance pour incapacité de travail ou invalidité continuent, **s'ils ne perçoivent plus de salaire** ou en cas de licenciement pendant cette période d'indemnisation, à bénéficier à titre gratuit, **et au plus tard jusqu'à la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale**

et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires, des garanties Frais de santé dont ils bénéficiaient à la date de l'arrêt de travail.

Le maintien des garanties à titre gratuit cesse :

- ❖ à la date de guérison ou lorsque cesse le versement des indemnités journalières ou rentes d'invalidité servie par la Sécurité sociale ;
- ❖ à la reprise d'une fonction rémunérée totale ou partielle ;
- ❖ à la date du décès ;
- ❖ à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires.

L'exonération cesse en tout état de cause à la date d'effet de la démission ou de l'exclusion de l'entreprise.

Maintien au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale

Les participants dont le contrat de travail cesse (**à l'exclusion d'une rupture pour faute lourde**) et qui ouvre droit à indemnisation par l'assurance chômage, bénéficient du maintien des garanties de protection sociale complémentaires auxquels ils étaient affiliés, **lors de la cessation de leur contrat de travail**.

Le cas échéant, le maintien des garanties est accordé aux ayants droit définis au contrat.

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

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



Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation du participant est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois. En tout état de cause, l'affiliation du participant cesse de plein droit :

- ✂ à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle emploi, de décès),
- ✂ en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs prévus.

En cas de résiliation du contrat, quelle qu'en soit la cause, l'affiliation du participant se poursuit jusqu'au terme du maintien de couverture au titre de la portabilité, excepté en cas de reprise des engagements de maintien par un nouvel assureur à la demande de l'entreprise.

Obligations déclaratives

Le participant s'engage à fournir à notre organisme :

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

Financement

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

Ayants droit d'un participant décédé

Les ayants droit des participants décédés en activité bénéficient de la garantie Frais de santé des actifs pendant 12 mois, et ceci à compter du jour du décès du participant, **sauf demande contraire expresse** des ayants droits (demande écrite en recommandé avec accusé réception). Durant cette période de 12 mois, le montant de la cotisation sera du même niveau que la cotisation du mois précédant le décès. THALES continuera à participer au financement du régime à hauteur de la répartition au moment du décès du participant. Les ayants droit pourront demander à bénéficier, dans un délai inférieur à **6 mois** suivant la fin du maintien de 12 mois de la garantie Frais de santé des retraités proposée par l'institution.

Autres maintiens de garanties

Les garanties dont bénéficiait le participant **s'interrompent à la date de rupture ou de suspension de son contrat de travail ou de fin de droit au titre de la portabilité**. Le participant peut alors, à son initiative, demander à conserver à titre personnel les garanties souscrites précédemment selon les conditions décrites dans la notice spécifique.

Retraités

Les participants retraités peuvent demander à bénéficier, dans un délai maximum d'un an, suivant la date de liquidation de la retraite, de la garantie Frais de santé des retraités (Régime Santé Senior).

► FORMALITÉS GÉNÉRALES

Adresse pour l'envoi des dossiers :

Humanis
93 rue Marceau
93187 Montreuil cedex

Pour faciliter la gestion de votre dossier, pensez à joindre les justificatifs indiqués en pages 7 et 8.

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 Caisse Primaire d'Assurance Maladie et/ou de compte bancaire.

Réclamations - médiation

L'institution met à la disposition des participants la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du contrat, à l'adresse suivante :

Humanis
Satisfaction Clients
303 rue Gabriel Debacq
45777 Saran cedex

Tél.  **N°Cristal 09 69 39 74 74**
APPEL NON SURTAXE

À compter de la réception de la réclamation, l'institution apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés. Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, l'institution lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

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

Médiateur du CTIP
10 rue 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.

Autorité de Contrôle

Humanis Prévoyance est contrôlée par l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) régie par le Code monétaire et financier - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

► BASE LÉGALE ET PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant des opérations collectives à adhésion obligatoire, objet du présent régime, sont prescrites par deux 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 fautive 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 de l'adhérent 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.

► CONTRÔLE MÉDICAL

À toute époque et sous peine de déchéance des droits à garantie du participant, l'institution se réserve le droit de procéder au contrôle de son état de santé et des soins engagés par lui. Les contrôles médicaux ainsi réalisés par l'institution sont effectués par des médecins agréés par elle ou par des médecins choisis sur la liste de la fédération française des associations de médecins conseils experts.

L'institution ne verse pas les prestations au participant :

- ✦ **lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale nécessaire de son état de santé ;**
- ✦ **ou lorsque le médecin contrôleur n'a pas pu accéder au domicile du participant, soit en raison de son absence en dehors des heures de sortie 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 s'il 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 en 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 l'intéressé du constat de son refus.



VOTRE INTERLOCUTEUR HUMANIS

Pour plus d'information sur votre régime



Téléphone :  N°Cristal 0 969 39 74 74

APPEL NON SURTAXE

(du lundi au vendredi de 8h à 18h)

Courrier : 93 rue Marceau - 93187 Montreuil cedex

Mail : contact-assure-gc@humanis.com

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

