

Groupe THALES

Notice d'information santé

» Édition janvier 2016

Régime Frais de santé

Cette notice présente les garanties Frais de santé mises en place par le groupe THALES et dont vous pouvez bénéficier, à titre facultatif, en cas de suspension ou de rupture de votre contrat de travail.



Humanis | THALES

Protéger c'est s'engager
humanis.com

► OBJET

Les garanties dont bénéficiait le participant en tant que salarié du groupe THALES 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.

Peut demander le maintien des garanties frais de santé :

- ✦ le salarié démissionnaire (pour une durée de 3 mois maximum) ;
- ✦ le salarié ayant achevé un contrat à durée déterminée de plus de 6 mois consécutifs (pour une durée de 3 mois maximum) ;
- ✦ le salarié licencié et indemnisé par le Pôle emploi au terme de la portabilité des droits ;
- ✦ le salarié en suspension de contrat de travail non rémunérée et/ou indemnisée y compris pour création d'entreprise pour une durée de 2 ans maximum.

Le présent régime a pour objet de servir aux intéressés (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 pages 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 pendant la durée du maintien 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

Les garanties et le paiement des cotisations prennent effet le lendemain de la suspension ou de la rupture du contrat de travail ou le lendemain de la cessation du maintien au titre de la portabilité, sous réserve du respect des délais mentionnés ci-dessous.

Pour être recevable, la demande de maintien doit être formulée dans un délai inférieur à :

- ✦ 1 mois au terme de la période de maintien au titre de la portabilité pour licenciement indemnisé par le Pôle emploi ;
- ✦ 2 mois en cas de démission ou de congé sans traitement (suspension du contrat de travail) ;
- ✦ 3 mois, au terme de la période de maintien au titre de la portabilité, en cas de fin de contrat à durée déterminée d'une durée supérieure ou égale à 6 mois consécutifs.

Toute demande de maintien adressée à l'institution après l'expiration des délais indiqués ci-dessus n'est pas recevable.

► BÉNÉFICIAIRES

Le maintien des garanties concerne le participant et ses ayants droit inscrits au régime lors de la suspension ou de la rupture du contrat de travail, sous réserves que les ayants droit relèvent des personnes suivantes :

- ✦ 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 no-toire 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 française 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.

► 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 au 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.

► 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 50 % FR limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire
Analyses hors nomenclature	+ 60 % FR limité 120 €/an/bénéficiaire 50 % FR limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire
Radiologie hors nomenclature	+ 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

Le tiers payant est gratuit et généralisé. Les participants 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 chiropraxie 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 :

- ✦ à la reprise d'activité ou fin de la période de suspension de contrat de travail ;
- ✦ à la fin de la période de 3 mois pour les CDD et les salariés démissionnaires ;
- ✦ à la fin de la période de 2 ans pour les salariés créant leur entreprise ;
- ✦ lorsque le participant n'est plus indemnisé par le Pôle emploi ;
- ✦ en cas de non-paiement des cotisations ;
- ✦ au décès du participant ;
- ✦ le dernier jour du trimestre civil de la demande de résiliation des garanties par le participant ;
- ✦ à la date de liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires ;
- ✦ au plus tard à la date anniversaire des 65 ans du participant.

▶ 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 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 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

