

Amicale des Retraités et Conjointes
de l'Aérospatiale Berry (ARCAB)

Notice d'information Santé

Edition mars 2013

**Garanties réservées au personnel retraité, membre adhérent de
l'ARCAB**

l'ARCAB a choisi de vous faire bénéficier des avantages d'un contrat d'assurance collective facultative assuré par Humanis Prévoyance.

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



123

Chiffres clés

LE GROUPE HUMANIS :

- > **10 millions** de personnes protégées
- > **692 090** entreprises clientes, de la TPE aux grandes entreprises
- > **1^{er}** acteur en retraite complémentaire
- > **2^{ème}** rang des institutions de prévoyance
- > **3^{ème}** rang des groupements mutualistes
- > **1^{er}** acteur paritaire en épargne salariale
- > **6 600 collaborateurs** répartis sur plus de 50 sites et 84 agences commerciales

sommaire

Votre complémentaire santé	3
Pour mieux se comprendre	5
Le détail de vos garanties	6
Précisions sur les garanties	8
Le remboursement de vos soins	9
Les services associés à votre contrat	12
Dispositions générales	13

Votre complémentaire santé

Votre affiliation au contrat santé est effective moyennant le paiement des cotisations correspondantes :

- dès la date d'effet du contrat, si vous appartenez à la catégorie de personnes couvertes sous réserve d'en faire la demande dans les 3 mois,
- à la date où vous appartenez à la catégorie de personnes couvertes sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois suivant, si cette date est postérieure à la date d'effet du contrat.

Après avoir rempli un Bulletin Individuel d'Adhésion et fourni à notre organisme toute déclaration et justificatifs nécessaires, vous êtes dénommé « participant » dans cette notice.

○ Qui est couvert par le contrat Santé ?

> **Vous-même.**

○ Quels sont vos bénéficiaires ?

Le bénéfice des garanties peut être étendu, sur votre demande, aux membres de votre famille, moyennant paiement des cotisations correspondantes. Peuvent être concernés :

- > **Votre conjoint ou assimilé** (partenaire lié par un PACS ou concubin) même bénéficiaire à titre personnel du Régime de la Sécurité sociale.
- > **Vos enfants** à charge.
- > **Vos ascendants** à charge.

○ Quels sont les enfants à charge couverts ?

- Votre enfant fiscalement à votre charge ou à celle de votre conjoint (ou assimilé) :
 - âgé de plus de 18 ans,
 - âgé de moins de 25 ans,
 - quel que soit son âge, s'il est atteint d'une **infirmité** telle qu'il ne puisse se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant son 21ème anniversaire.
- Votre enfant au titre duquel vous versez une **pension alimentaire** venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu et qui remplit l'une des deux conditions énumérées ci-dessus.
- Votre enfant ou celui de votre conjoint (ou assimilé) **âgé de 25 ans à moins de 28 ans** s'il est non salarié, non imposable et s'il justifie de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé.
- Votre enfant ou celui de votre conjoint (ou assimilé) âgé de moins de 26 ans :
 - s'il est à la **recherche d'un premier emploi** et inscrit à ce titre au Pôle Emploi,
 - ou s'il exerce une **activité rémunérée** lui procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel,

sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de situation.

Précisions

- **le conjoint** doit être non divorcé, ni séparé de fait ou de corps judiciairement.
- **le concubin** est la personne vivant en concubinage avec le participant, sous réserve que le concubin et le participant soient tous les deux libres de tout engagement, que le concubinage ait été établi de façon notoire et que les deux concubins partagent le même domicile.
- **l'ascendant** est considéré comme ascendant à charge, lorsqu'il est pris en compte pour la détermination du nombre de parts dans le calcul de l'impôt sur le revenu du participant ou de son conjoint (ou assimilé).

Vous devez nous fournir pour nous permettre l'étude des droits d'inscription :

Tout document justifiant de leur situation actuelle (Certificat de scolarité, copie du contrat d'apprentissage, carte d'invalidité)

Copie de votre dernier avis d'imposition

Copie du certificat de scolarité

Notification de décision d'indemnisation ou non de Pôle Emploi

Copie du dernier bulletin de salaire

Comment inscrire un bénéficiaire ?

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

Vous devez nous adresser :

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

Outre ces justificatifs, la **déclaration d'affiliation doit être accompagnée de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale** ou de la carte d'assuré au régime de base obligatoire en vigueur à la date d'affiliation,

pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro. Vous devez également nous faire **parvenir un relevé d'identité bancaire** pour le virement de vos remboursements.

Notre organisme se réserve le droit de demander au participant toutes autres pièces justificatives. A défaut, les garanties sont suspendues.

Le participant s'engage à informer l'organisme de toute modification de situation ne leur permettant plus d'avoir la qualité de bénéficiaire.

Quand inscrire un nouveau bénéficiaire ?

Le participant peut affilier ou modifier les bénéficiaires :

- à l'occasion d'une naissance,
- en cas de changement de situation familiale,
- chaque 1er janvier, en cas d'adhésion facultative des bénéficiaires, sous réserve que le participant en fasse la demande auprès de notre organisme avant le 30 novembre de l'année précédente.



Conseil pratique

Comment demander une copie de votre attestation VITALE ?

Sur simple appel à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie, vous recevrez votre attestation à jour sous quelques jours. Vous pouvez également vous déplacer à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (obtention immédiate).

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



Un glossaire reprenant le détail des définitions se rapportant au métier de la protection santé est à votre disposition sur www.particuliers.prevoyance.aprionis.fr
Rubrique Documents utiles.

Pour mieux se comprendre

Actes Hors Nomenclature

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

Actes non remboursés par la Sécurité sociale

Actes inscrits à la nomenclature avec un taux de remboursement par la Sécurité sociale égal à « 0 % », un prix unitaire égal à « 0 », un code « remboursement exceptionnel » renseigné à blanc ou avec « N », un qualificatif de la dépense renseigné avec « NR ».

Allocation forfaitaire maternité

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

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

Seule la naissance d'un enfant du participant (qu'il soit le père ou la mère) ouvre droit à prestation. De même en cas d'adoption, l'enfant doit être adopté par le participant lui-même.

Base de Remboursement (BR)

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

Hospitalisation

- Hospitalisation chirurgicale : frais chirurgicaux proprement dits.
- Hospitalisation médicale : pour tout séjour en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos... ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale.
- Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations chirurgicales ou médicales :
 - Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la Liste des Produits et Prestations facturables et spécialités pharmaceutiques).
 - Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire.
 - Frais de chambre particulière.
 - Forfait hospitalier.

- Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant affilié de moins de 12 ans. Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) d'un seul des deux parents de l'enfant, facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».
- Hospitalisation à domicile : hospitalisation prise en charge au titre de l'Hospitalisation A Domicile (HAD) par la Sécurité sociale.

Limitation pour l'hospitalisation médicale et l'hospitalisation à domicile

La prise en charge commence au 1^{er} jour d'hospitalisation et **cesse, au plus tard, au 365^{ème} jour suivant ou en cas de psychiatrie au 180^{ème} jour**. Le participant ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des prestations qu'après une **interruption d'hospitalisation entre 2 séjours supérieure à 90 jours continus** et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.

Si l'hospitalisation à domicile n'est pas séparée de plus de 10 jours d'une hospitalisation médicale dans un établissement hospitalier, les séjours seront considérés **comme une seule et même hospitalisation pour le calcul de la durée de prise en charge de 365 jours ou 180 jours**.

En cas d'hospitalisation médicale, les frais de chambre particulière, le forfait hospitalier, les frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans bénéficiaire du contrat sont aussi **limités à 365 jours ou à 180 jours en cas de séjour en psychiatrie**.

Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR)

Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) multipliée par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

Plafond servant de base à la Sécurité sociale pour le calcul de ses cotisations et de ses prestations. Valeur indicative mensuelle au **1^{er} janvier 2013 : 3 086 euros**. Vous pourrez retrouver cette valeur actualisée sur notre site internet.

Ticket Modérateur (TM)

Part des frais de soins de santé non remboursée par la Sécurité sociale égale à la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Exemple de remboursement dans le cadre du parcours de soins • Tarif au 1^{er} janvier 2013

Consultation d'un médecin généraliste conventionné à honoraires libres - Prix payé : 31 €

Base de remboursement (BR) Sécurité sociale : 23 €		Dépassement : 8 €
Remboursement Sécurité sociale 70 % de la BR moins 1 € ⁽¹⁾ soit 15,10 €	Ticket modérateur 30 % de la BR soit 6,90 €	Reste à votre charge > sans complémentaire santé : 1 € ⁽¹⁾ + 6,90 € + 8 € = 15,90 € > avec votre complémentaire santé = 4,40 € ⁽¹⁾

(1) Dont 1€ de participation forfaitaire dont le remboursement ne peut pas intervenir dans le cadre du contrat responsable.

Traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie) non pris en charge par la SS

100 % des Frais Réels dans la limite d'un plafond par an et par bénéficiaire égal à 140 euros par oeil

DENTAIRE

Soins dentaires

100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ dans la limite de 100 % de la BR

Implantologie

100 % des Frais Réels dans la limite d'un forfait égal à 400 euros par implant

Prothèses dentaires prises en charge par la SS

100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ dans la limite de 400 % de la BR

Prothèses dentaires non prises en charge par la SS y compris hors nomenclature

100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ dans la limite de 150 % de la BR correspondant à celle d'une couronne ⁽²⁾

Inlays / Onlays non pris en charge par la SS

100 % des Frais Réels dans la limite d'un forfait égal à 400 euros par Inlays / Onlays

APPAREILLAGE

Orthopédie et prothèses diverses prises en charge par la SS :

- à 100 % de la BR
- à 60 % de la BR

100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 170 % de la BR
100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 135 % de la BR

Prothèses auditives prises en charge par la SS

100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 135 % de la BR
 + Forfait annuel et par bénéficiaire égal à **960 euros**

ALLOCATIONS FORFAITAIRES

Cure Thermale prise en charge par la SS

100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ dans la limite de 100 % de la BR
 + une allocation annuelle et par bénéficiaire égale à **170 euros**

ALLOCATIONS FORFAITAIRES

Frais d'obsèques :

- Participant
- Conjoint, Partenaire lié par un PACS, Concubin
- Enfant à charge

Allocation forfaitaire égale à **535 euros**

PREVENTION

Frais de prévention règlementaire

Prise en charge des actes de prévention ⁽²⁾ dans la limite des prestations garanties par le contrat ⁽³⁾

(1) sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité Sociale • (2) valeur à titre indicatif, à la date d'effet du contrat, de la BR d'une couronne : 107.50 euros (soit SPR 50 x 2.15 euros)
 (3) figurant sur la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006 • (4) à titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires • BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale • PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier de l'année • SS = Sécurité Sociale



A noter

Vous pouvez créer votre espace sur internet et suivre vos remboursements en ligne

www.particuliers.prevoyance.aprionis.fr

The image displays four sequential screenshots of the Humanis website's online client interface, numbered 1 through 4. Screenshot 1 highlights the 'ACCES CLIENT' button. Screenshot 2 shows the 'Vos services assurés' section. Screenshot 3 shows the 'Demande d'information' form. Screenshot 4 shows the 'Demande de remboursement' form.

Précisions sur les garanties

● Prise en charge des actes de prévention

Depuis le 1^{er} juillet 2006, les organismes complémentaires de santé doivent prendre en charge au moins deux actes de prévention, dans le cadre du contrat responsable.

Liste des actes de prévention

- 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 risque carieux et avant le 14^{ème} anniversaire,
- 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, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans,
- Dépistage de l'hépatite B,
- Dépistage, une fois tous les 5 ans, des troubles de l'audition chez les

personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

- a) Audiométrie tonale ou vocale
 - b) Audiométrie tonale avec tympanométrie
 - c) Audiométrie dans le bruit
 - d) Audiométrie tonale et vocale
 - e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie
- Acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'Assurance maladie obligatoire, pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans,
 - Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges
 - b) Coqueluche : avant 14 ans
 - c) Hépatite B : avant 14 ans
 - d) BCG : avant 6 ans
 - e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant
 - f) Haemophilus influenzae B
 - Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques : enfant de moins de 18 mois

● Respect du cahier des charges du contrat responsable

Votre contrat respecte les conditions du contrat responsable.

Ne sont pas pris en charge :

- la participation forfaitaire et les franchises médicales visées à l'article L322-2 II et III du Code de la Sécurité sociale,
- la majoration de la participation du bénéficiaire à ses frais d'actes ou de prestations de soins de santé dans le ou les cas où :
 - . il n'a pas choisi son médecin traitant,
 - . il consulte un autre médecin sans prescription dudit médecin traitant,
 - . il refuse, lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, au professionnel de santé auquel il a recours, l'accès à son dossier médical personnel ou sa mise à jour, lorsque cette disposition rentrera en vigueur,
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par le médecin spécialiste lorsque le bénéficiaire le consulte directement sans respecter le parcours de soins coordonnés, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques visé à l'article L162-5 18° du Code de la Sécurité sociale.

Risques exclus



Ne sont pas pris en charge :


- les actes hors nomenclature, les médicaments ou actes non remboursés par la Sécurité sociale (sauf mention contraire indiquée dans le tableau des prestations) et notamment les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique,
- les interdictions de prises en charge au titre du « contrat responsable »,
- toute partie des honoraires et prestations qui correspondent à des montants excédant le coût USUEL et RAISONNABLE pratiqués par les professionnels de santé. Notre organisme se réserve ainsi la possibilité de limiter les montants sur lesquels la garantie est appliquée en fonction de ses références de tarifs maximum constatés et validés par des professionnels de santé conseils. Ces montants respectent également les dispositions de la Convention Médicale et de la Convention Dentaire qui stipulent que le médecin doit fixer ses honoraires avec tact et mesure. Cette obligation concerne aussi bien les praticiens conventionnés que les praticiens non conventionnés.

Le fait que notre organisme ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

Le remboursement de vos soins

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

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

 Vous êtes bénéficiaire NOEMIE	Justificatifs à fournir
Hospitalisation chirurgicale ou médicale Etablissement non conventionné ou conventionné sans demande de prise en charge	Facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement ...)
Hospitalisation à domicile	Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD
Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale	Prescription médicale Facture originale
Médecine alternative	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)
Optique*	Facture acquittée détaillée Prescription médicale
Traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	Note d'honoraires originale du praticien précisant si l'opération concerne un oeil ou les deux.
Prothèses dentaires* - Orthodontie - Parodontologie prise en charge ou non par la Sécurité sociale	Imprimé type de notre organisme et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la nomenclature de la Sécurité sociale. Ce document pourra être soumis au chirurgien dentiste conseil de notre organisme qui pourra être amené à modifier ou refuser le montant pris en charge.
Maternité	Photocopie du livret de famille ou extrait de naissance ou acte d'enfant sans vie
Adoption	Photocopie du certificat définitif d'adoption
Cure thermale	Facture acquittée du séjour
Frais d'obsèques	Extrait d'acte de décès Facture acquittée des frais réels Copie du livret de famille

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

Vous n'êtes pas bénéficiaire NOEMIE

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

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

Facture originale acquittée

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

Facture originale acquittée du ticket modérateur

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

Facture détaillée des soins, éventuellement traduite, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée et le remboursement effectué par la Sécurité sociale française ou par celle du pays d'accueil.

Le délai de règlement des prestations

Vos remboursements sont versés, hors délais de poste et bancaires :

- dans les **48 heures** qui suivent la réception des données Noémie,
- dans un délai maximum de **5 jours** après réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au règlement.

Envoi des demandes de remboursement

Les demandes de prestations accompagnées des justificatifs doivent nous parvenir dans un délai **maximum de 6 mois** suivant la date de réalisation des soins.

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

Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission des décomptes SS

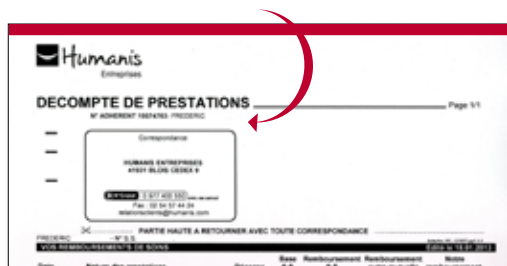
(procédure NOEMIE)

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



A savoir

Pour traiter rapidement votre dossier, votre identification est nécessaire. Retournez-nous la partie haute de vos décomptes.



Le remboursement des soins à l'étranger

Soins engagés pendant des séjours temporaires à l'étranger

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

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

La prise en charge hospitalière

L'hospitalisation mérite une attention toute particulière. C'est la raison pour laquelle nous assurons une procédure de **prise en charge administrative immédiate**, en cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné. Sur simple appel téléphonique ou courrier de votre part ou de celle de l'établissement hospitalier, notre organisme vous délivre une prise en charge vous évitant l'avance de fonds (à l'exception de vos frais personnels) dans la limite des garanties du contrat et en tout état de cause dans **la limite de 300 % de la Base de Remboursement pour les honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire.**

Plus rapide :
vous pouvez effectuer votre demande de prise en charge sur www.particuliers.prevoyance.aprionis.fr



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

Le tiers payant

Le service de tiers payant **vous évite l'avance d'argent** pour les frais mentionnés sur votre carte dans la limite du ticket modérateur et selon

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



Vous devez obligatoirement restituer l'attestation de Tiers Payant, lors de votre départ de l'entreprise."



Détail des prestations en tiers payant.

Informations réservées aux professionnels de santé

Adresse pour accéder à vos services en ligne.

Pour nous contacter.

Santé		N° Organisme	00733931	Periode de validité	01/01/2011 - au 31/12/2011								
Santé		N° Adhérent	1p116378	Code grand régime	01 921								
Santé		Editee le	19/11/2010										
Domaines ouvrant droit au tiers payant (*)		SESAM-Vitale	M22/SO/001/tp-isanté.rss.fr										
Nom Prénom		PHAR	LABO	RADL	KINE	INFI	TRAN	OQ	OY	EXTE	OPTI	CSTE	HOSP
Date de naissance - Rang - N° S.S. - Clé		IS	IS	IS	IS	IS	IS	IS	IS	IS	IS	OG	OC
Durand Paul		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
A 19/01/1974 - 01 - 274079203													

Détail des prestations ouvrant droit au tiers payant (les autres garanties apparaissent dans votre tableau des garanties).

Votre numéro d'adhérent pour vous connecter à vos services en ligne.

Période de validité. Dès réception d'une nouvelle carte, détruisez la précédente, elle n'est plus valable.



Géolocalisation

Dans vos services en ligne, espace Assurés santé/prévoyance, un **outil de géolocalisation** vous aide à localiser les professionnels de santé vous permettant d'obtenir le Tiers Payant iSanté :

- par catégorie (médecin généraliste, opticien...),
- par code postal, département ou ville,
- par adresse (recherche d'un professionnel de santé proche de votre domicile...).

Les services associés à votre contrat

● Vos services en ligne sur www.particuliers.prevoyance.aprionis.fr

Votre espace assuré vous permet :

- de consulter et suivre vos remboursements en direct,
- de télécharger vos décomptes mensuels en version électronique,
- d'effectuer une demande de prise en charge hospitalière,
- de faire part d'un changement de coordonnées (situation de famille, adresse, téléphone, coordonnées bancaires),
- de transmettre un devis dentaire ou optique.

Vous y découvrirez également des indications pratiques relatives à l'assurance maladie et à la complémentaire santé, ainsi qu'un ensemble d'informations liées à l'actualité du groupe.



Comment accéder à vos services en ligne

Dans la rubrique Accès client, sélectionnez « Assurés santé/prévoyance » dans le menu « Services en ligne ».

Sur l'écran de connexion, entrez votre numéro d'adhérent et votre mot de passe, cliquez sur OK. Pour obtenir votre mot de passe, cliquez sur « Créer votre compte ». Si vous avez perdu votre mot de passe, cliquez sur « Mot de passe oublié ».



● L'action sociale : une dimension humaine

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

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

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

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

HUMANIS
SERVICE SOCIAL
TSA 91111
92246 MALAKOFF CEDEX

N° Azur 0811 919 919
PRIX D'UN APPEL LOCAL DEPUIS UN POSTE FIXE

● Des garanties Assistance

Des garanties d'Assistance utiles en cas d'hospitalisation, de dépendance ou de disparition d'un proche vous sont accordées.

Le détail des prestations et les modalités de leur mise en œuvre sont définies dans une notice annexe jointe que vous pouvez également consulter sur notre site internet www.particuliers.prevoyance.aprionis.fr dans la Rubrique Documents utiles.

Votre code d'accès pour bénéficier des garanties est indiqué en dernière page.



A noter

Votre numéro d'adhérent figure sur votre carte de tiers-payant ou sur un décompte de prestations.

Dispositions générales

○ Cotisations

Les cotisations sont payables annuellement d'avance et recouvrées **auprès du participant, selon les conditions définies au Bulletin Individuel d'Adhésion.**

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, le participant se verra appliquer, le cas échéant, des intérêts de retard égaux à 1 % des sommes dues par mois de retard, tout mois commencé entraînant le versement de cette pénalité.

Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement de la cotisation définie ci-dessus dans les trente jours de son échéance, l'adhésion individuelle du participant pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées.

La résiliation de l'adhésion individuelle par notre organisme ne le prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les intérêts de retard définis ci-dessus.

L'adhésion individuelle non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à notre organisme les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Indexation des cotisations

Les cotisations sont revalorisées chaque 1er janvier sur la base du pourcentage d'augmentation du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale constaté entre le 1er janvier de l'exercice précédant et le 1er janvier de l'exercice concerné.

○ Fin des garanties du participant

- L'adhésion individuelle du participant est résiliée de plein droit à la date de résiliation ou de non-renouvellement du contrat.
- L'adhésion individuelle du participant peut également cesser :

à la demande du participant :

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

La dénonciation par le participant de son adhésion individuelle est définitive, de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler de demande d'adhésion au contrat, sauf dérogation accordée par notre organisme.

à la demande de notre organisme :

- en cas de non-paiement des cotisations,
- en cas de non-acceptation par le participant des propositions de révisions des cotisations formulées par notre organisme. Il sera alors procédé, de plein droit, à la résiliation de l'adhésion individuelle du participant au dernier jour précédant la date de prise d'effet dudit changement.

- **Lorsque la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle du participant change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour notre organisme, alors même que le risque omis ou dénaturé par le participant a été sans influence sur la réalisation du risque, l'adhésion individuelle du participant sera nulle et les cotisations versées resteront acquises à notre organisme.**

Information

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

○ Fin des garanties des bénéficiaires

L'affiliation des bénéficiaires prend fin en cas de cessation de l'affiliation du participant. Elle cesse également :

- à la date à laquelle les bénéficiaires ne remplissent plus les conditions posées pour être bénéficiaire,
- pour le bénéficiaire justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur,
- et pour les cas d'affiliation facultative, au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le participant demande la résiliation du bénéficiaire au plus tard le 31 octobre par lettre recommandée.

○ Réclamations

Pour toute réclamation, le participant a la possibilité de contacter le Centre de Gestion dont les coordonnées figurent au dos de la notice. Une médiation est ensuite possible auprès du médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), 10, rue Cambacères - 75008 Paris - Tél 01 42 66 68 49 - www.ctip.asso.fr.

○ Délai de prescription

Conformément aux dispositions prévues à l'article L 932-13 du Code de la Sécurité sociale, toutes actions dérivant du contrat doivent être

engagées dans les deux ans de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à 10 ans pour les prestations Frais d'Obsèques lorsque le bénéficiaire n'est pas le participant. Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais ci-dessus ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

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

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à notre organisme dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées.

● Autorité de tutelle

Notre organisme est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudenciel - 61 rue Taitbout - 75009 Paris.

● Possibilité de maintien des garanties

Maintien de garanties individuelles Santé suite au décès du participant

Peuvent continuer à bénéficier de garanties Santé à titre individuel, moyennant paiement de cotisations spécifiques, les personnes garanties par l'intermédiaire du participant décédé sous réserve que la demande en soit faite dans les six mois suivant le décès. Le maintien des garanties est effectif pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès.

Maintien de garanties individuelles Santé en cas de résiliation du contrat

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat, le participant peut souscrire à des garanties individuelles, sous réserve d'en faire la demande à notre organisme dans les 3 mois suivant la date d'effet de la résiliation.

▶ Découvrez nos solutions pour les particuliers



Avec Conseil Santé Service, vous bénéficiez sur simple demande :

- d'une réponse concrète à toutes les questions que vous vous posez en matière de couverture santé, rentes dépendance, capitaux décès, prestations obsèques,
- d'un entretien personnel et confidentiel avec un conseiller,
- de conseils adaptés à votre situation qui vous seront restitués par écrit,
- d'un devis précis sur les prestations les plus adaptées à votre situation.

 N° Cristal 09 77 400 666

APPEL NON SURTAXÉ

conseilsanteservice.campus@humanis.com





Votre interlocuteur Humanis Entreprises

Suivre votre contrat



Téléphone :  N° Cristal **09 77 400 550**

APPEL NON SURTAXÉ

Fax : 02 54 57 44 24

email : relationsclients@humanis.com

HUMANIS ENTREPRISES
41931 BLOIS CEDEX 9

Garanties assistance

(notice spécifique jointe, disponible également sur notre site internet)

Téléphone : 01 47 11 24 26

Code d'accès : F860IS



Site internet :

www.particuliers.prevoyance.apronis.fr