



**LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
DU PERSONNEL NON-CADRE
DE LA SOCIÉTÉ
C.S.F FRANCE**

LA PLAQUETTE DES BONNES PRATIQUES

MISE A JOUR AU 1^{ER} Janvier 2014



INFORMATIONS PRATIQUES

Changement d'option et remboursement de prestations :

Vous avez changé d'option et vous n'avez pas été remboursé de vos frais d'optique sur la base de la nouvelle option. Vous avez dû aller chez l'ophtalmologue durant la période de carence de six mois. Il faut savoir que c'est la date de l'ordonnance qui est retenue en règle générale par la Sécurité Sociale et donc par HUMANIS PREVOYANCE.

Changement de formule de cotisations :

Vous êtes bénéficiaire du tarif « isolé » et votre conjoint, dont la mutuelle vous couvrait, vient de perdre son emploi. Dans ce cas, vous pourrez de nouveau cotiser en catégorie famille auprès de HUMANIS PREVOYANCE, dès le premier mois suivant votre demande. Si vous voulez prendre l'option 3 ou 4, une carence de 6 mois sera appliquée (Attention cela ne sera pas possible en cas de démission de votre mari).

En effet, sauf cas de force majeure (licenciement ou décès du conjoint, divorce), un salarié cotisant en tarif isolé ne pourra plus cotiser en tarif famille avant le 1^{er} janvier de l'année suivante s'il en formule la demande avant le 1^{er} Novembre.

Dispense d'affiliation pour les couples travaillant chez C.S.F. FRANCE :

L'un des membres du couple de salariés (couples mariés ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité) peut être affilié en qualité d'ayant-droit afin d'être dispensé de régler lui aussi une cotisation.

Il est du ressort du couple de salariés de choisir le membre qui sera affilié en droit propre et règlera sa

cotisation au régime frais de santé. Cette dispense est applicable aux deux membres du couple affiliés au même régime (HUMANIS PREVOYANCE ou APGIS), ou aux deux membres du couple affiliés l'un auprès de HUMANIS PREVOYANCE, l'autre auprès de l'APGIS.

Le salarié qui choisit de cotiser seul auprès de HUMANIS PREVOYANCE doit faire sa demande par écrit. A cette fin, il doit remplir le formulaire de demande de dispense tenu à sa disposition par le service paye.

Les couples liés par un P.A.C.S. devront joindre à leur demande les justificatifs suivants :

- soit une copie du Pacte Civil de Solidarité(PACS), toujours en vigueur, conclu avec son partenaire
- soit une copie de l'acte de naissance du salarié ayant choisi de cotiser

En effet, tout PACS conclu après le 1^{er} janvier 2007 fait l'objet d'une mention en marge de l'acte de naissance des partenaires. Cette mention précise l'identité de l'autre partenaire et le lieu d'enregistrement du PACS.

Le salarié qui choisit de ne pas cotiser auprès de HUMANIS PREVOYANCE afin de faire cotiser son conjoint ou partenaire auprès de l'APGIS doit également en informer CSF FRANCE par écrit.

Dans tous les cas, les demandes de dispense de double cotisation devront être remises au service paye pour transmission à HUMANIS PREVOYANCE.

Toute dispense sera effective au 1^{er} jour du mois suivant celui au cours duquel le salarié aura formulé sa demande.



LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS

Les conditions de prise en charge des enfants étudiants :

Votre enfant, titulaire d'un contrat d'apprentissage, peut bénéficier de vos garanties jusqu'à son 26^{ème} anniversaire sous réserve qu'il soit à votre charge au sens fiscal.

Une copie du contrat d'apprentissage et une déclaration sur l'honneur précisant que votre enfant est à votre charge au sens fiscal pour l'exercice en cours doivent être adressées à HUMANIS PREVOYANCE et sont renouvelables chaque année.

Les Conditions de prise en charge des enfants handicapés :

Vos garanties sont acquises à votre enfant handicapé jusqu'à son 26^{ème} anniversaire s'il est à votre charge au sens fiscal. En cas d'incapacité permanente au moins égale à 80%, votre enfant est pris en charge

sans limitation d'âge sur présentation de sa carte d'invalidité en cours de validité.

Les garanties Santé proposées aux enfants qui cessent d'être à charge :

Vos enfants ont la possibilité de souscrire une garantie individuelle auprès de :

HUMANIS
VAD Individuels
303 rue Gabriel Debacq
45770 SARAN
Tel : 01 58 82 62 06
Fax : 01 58 82 40 33
Mail : sna@humanis.com



BON A SAVOIR

Les garanties Frais de Santé proposées aux nouveaux entrants :

Les salariés nouvellement embauchés ont la possibilité de souscrire une garantie individuelle auprès de :

HUMANIS

VAD Individuels

303 rue Gabriel Debacq

45770 SARAN

Tel : 01 58 82 62 06

Fax : 01 58 82 40 33

Mail : sna@humanis.com

Dès que le salarié bénéficiera d'une ancienneté d'au moins un an au sein de la société C.S.F. FRANCE ou du GROUPE CARREFOUR, les garanties cesseront afin que le salarié rejoigne le Régime Frais de Santé des salariés non cadres de la société C.S.F. France en prévenant le service VAD Individuels d'HUMANIS.

Les garanties Santé proposées aux salariés quittant l'entreprise C.S.F. FRANCE :

Vous pouvez bénéficier, pendant une durée comprise entre un et neuf mois de la loi sur la portabilité des droits, (loi du 1^{er} juillet 2009, applicable depuis le 1^{er} juillet 2009) si vous êtes bénéficiaire de prestations chômage versées par Pôle Emploi (sauf en cas de départ pour faute lourde).

Ensuite, vous avez la possibilité de conserver HUMANIS PREVOYANCE à titre individuel dans le cadre des formules « sportives ».

Ce sont des formules dont le tarif attractif varie en fonction de la ou des formules choisies (une garantie de base qui peut être complétée par une des 3 formules surcomplémentaires).

Ces 4 formules de remboursement sont à l'identique des garanties qui sont proposées aux salariés non cadres de la société C.S.F. FRANCE, à l'exception de la formule « MINIME ».

Dans les deux cas, votre cotisation sera prélevée sur votre compte bancaire ou postal.

Les garanties Frais de Santé proposées aux salariés qui partent en retraite :

Vous serez contacté directement par HUMANIS PREVOYANCE qui vous proposera, dès qu'elle aura eu connaissance de votre départ, de souscrire une adhésion individuelle dans le cadre des formules « SPORTIVES ».

L'analyse chiffrée de vos devis Optique :

Certaines dépenses de santé sont particulièrement élevées, notamment en matière d'optique.

Pour connaître les frais qui resteront à votre charge avant d'acheter votre équipement, HUMANIS PREVOYANCE vous recommande de lui soumettre une demande de devis. Après analyse, une réponse vous sera adressée sous les deux jours ouvrés par courrier ou par courriel.

En cas de reste à charge important, vous pourrez ainsi faire établir un devis par un autre opticien ou opter en faveur d'un autre équipement.

Vous pouvez nous acheminer vos demandes de devis optique en les renseignant en ligne dans l'espace ASSURE qui vous est dédié sur notre site Internet : www.entreprises.humanis.com.

Le remboursement de vos médicaments :

Près de 200 médicaments sont remboursés à 15 % par la Sécurité Sociale, au lieu de 35 % auparavant. Il s'agit de médicaments dont le bénéfice thérapeutique est jugé faible.

HUMANIS PREVOYANCE a souhaité pratiquer en faveur des salariés non cadres de C.S.F. FRANCE, pour ces médicaments déremboursés par la Sécurité Sociale, un taux de remboursement identique à celui pratiqué pour les médicaments remboursés à 35 % et 65 %.

Pour tous vos médicaments, qu'ils soient pris en charge par la Sécurité Sociale à 15 %, 35 % ou 65 %, vous êtes donc remboursé intégralement par HUMANIS PREVOYANCE, à l'exception des médicaments « N.R. » non remboursables par la Sécurité Sociale.

Pour dépenser moins :

- **Uniquement dans l'éventualité où le traitement ne serait pas à renouveler, nous vous conseillons de n'acheter que les boîtes nécessaires au premier traitement et non toutes celles prescrites par le médecin. Le traitement ne sera peut-être pas à renouveler. N'oubliez pas en effet que pour chaque boîte achetée, vous gardez à votre charge une franchise de 0,50 euro.**

- Nous vous conseillons également de privilégier les médicaments génériques. En effet, ces médicaments ont la même composition et qualité que ceux de marque et sont en moyenne 30 % moins chers. Il a été prouvé que les médicaments génériques sont aussi efficaces que les médicaments de marques.



QUESTIONS / REPONSES

Que dois-je faire en cas de dysfonctionnement de la procédure de tiers-payant :

Votre laboratoire, par exemple, ne reconnaît pas HUMANIS PREVOYANCE et vous devez faire l'avance des frais. Il faut signaler tous les problèmes de ce type à HUMANIS PREVOYANCE qui prendra contact avec le professionnel de santé afin de lui proposer un accord de tiers-payant.

Si vous avez réglé la part incombant à HUMANIS PREVOYANCE, n'oubliez pas de demander une facture détaillée au praticien afin que HUMANIS PREVOYANCE puisse vous rembourser.

Mon opticien n'a pas voulu contacter HUMANIS PREVOYANCE afin que je ne paie que la part restant à ma charge

Dans ce cas très précis et rare, il faut contacter sans attendre HUMANIS PREVOYANCE, en donnant les coordonnées de l'opticien afin que nous puissions le contacter dans le but de vous dispenser de faire l'avance des frais.

Je viens d'avoir un an d'ancienneté, je suis déjà prélevé de la cotisation mutuelle, et je n'ai jamais reçu de papiers à remplir ?

C'est HUMANIS PREVOYANCE qui vous envoie les documents, mais si vous n'avez pas donné votre changement d'adresse au service paie, il se peut que votre enveloppe soit revenue « n'habite pas à l'adresse indiquée ». Il faut alerter d'urgence le service paie et leur demander un formulaire à remplir.

Ce formulaire (bulletin individuel d'affiliation) accompagné des justificatifs requis - attestations Vitale, etc....-, sera ensuite transmis par le service paie à HUMANIS PREVOYANCE pour régulariser votre situation.

Je ne suis toujours pas en télétransmission ?

La télétransmission (le système NOEMIE) se met en place auprès de HUMANIS PREVOYANCE dès que votre ancienne mutuelle a envoyé à votre centre de Sécurité Sociale un mouvement d'annulation pour la télétransmission.

Mais il se peut que vous soyez en chevauchement de contrat et, dans ce cas, la télétransmission ne fonctionne auprès d'aucun des deux organismes. Pour régulariser la situation, il faut demander par écrit à votre ancienne mutuelle une attestation de résiliation et l'envoyer à la Sécurité Sociale puis informer HUMANIS PREVOYANCE qui relancera la télétransmission.

J'ai envoyé un devis dentaire à HUMANIS PREVOYANCE, qui devait m'être remboursé intégralement, mais ce n'a pas été le cas, il reste une somme à ma charge ?

Les plafonds annuels se calculent par année civile, les soins s'additionnent donc tout au long de l'année. Si des prestations dentaires vous ont été réglées à plusieurs reprises dans le courant de l'année, HUMANIS PREVOYANCE va tenir compte de ce qui a déjà été remboursé et si vous dépassez le plafond, ces frais excédant ce plafond resteront à votre charge.

J'ai oublié mon attestation de tiers-payant ~~SP-Santé~~ Santé et je n'ai bénéficié que du tiers-payant auprès de la Sécurité Sociale. Comment me faire rembourser par HUMANIS PREVOYANCE ?

Si vous avez uniquement bénéficié du tiers payant partiel (tiers payant Sécurité Sociale et non tiers payant HUMANIS PREVOYANCE), vous devez impérativement adresser à HUMANIS PREVOYANCE le reçu justificatif de l'avance que vous avez effectuée auprès du professionnel de santé (laboratoire, pharmacien, médecin, radiologue...)



HUMANIS PREVOYANCE
Centre de gestion CARREFOUR MARKET
TSA 96781
95144 GARGES LES GONESSE CEDEX
Téléphone : 01 39 33 28 (60)- (61) -(62) - (63) -(64)
Fax : 01 39 33 29 93
Courriel : carrefourmarket@humanis.com
Internet : entreprises.humanis.com

**LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
DU PERSONNEL NON-CADRE
DE LA SOCIÉTÉ
C.S.F FRANCE**

MISE A JOUR AU 1^{ER} Janvier 2014

NOTICE D'INFORMATIONS

RÉGIME OBLIGATOIRE
(Frais médicaux, hospitalisation, dentaire et optique)

GARANTIES OPTIONNELLES FACULTATIVES

HUMANIS PREVOYANCE

Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale, membre du Groupe HUMANIS, 7 rue de Magdebourg

75116 Paris, soumise au contrôle de l'A.C.P.R, 61 rue Taitbout 75009 Paris

Centre de gestion CARREFOUR MARKET

TSA 9678

95144 GARGES LES GONESSE CEDEX

Téléphone : 01 39 33 28 (60)- (61) -(62) - (63) -(64)

Fax : 01 39 33 29 93

Courriel : carrefourmarket@humanis.com

Internet : entreprises.humanis.com

LE RÉGIME COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DU PERSONNEL NON CADRE DE LA SOCIÉTÉ C.S.F. FRANCE

SOMMAIRE DE LA NOTICE

Pages

■ RÉGIME OBLIGATOIRE : Frais Médicaux-Hospitalisation-dentaire et optique	
- Formalités d'admission	7
- Bénéficiaires du régime obligatoire	7/8
- Résumé des garanties	9/10
- Quelques exemples de remboursements	11/13
■ GARANTIES OPTIONNELLES FACULTATIVES : 2 OPTIONS	
- Présentation	14/15
- Résumé des garanties	16/17
- Quelques exemples de remboursements	18
- Comment adhérer ?	19
■ PRESTATIONS	
- Procédure de remboursement des prestations	20/22
- Le tiers-payant	23
- La portabilité des droits	24/25
- La suspension du contrat de travail	25
■ LES AUTRES PRESTATIONS SOCIALES DE HUMANIS PRÉVOYANCE	26
■ NOTRE COMMUNICATION	26
■ GLOSSAIRE	27

RÉGIME OBLIGATOIRE

Formalités d'admission :

Aucune formalité médicale individuelle n'est exigée.

L'adhésion obligatoire est subordonnée :

- à l'appartenance du salarié au Régime Général de la Sécurité Sociale ou au Régime Local d'Alsace-Moselle,
- à une ancienneté d'au moins un an au sein de la Société C.S.F. FRANCE ou du GROUPE CARREFOUR.

Cependant, et sous réserve de l'évolution de la législation et réglementation en vigueur, les salariés suivants ont la faculté de refuser d'adhérer au Régime :

- les salariés bénéficiaires de la CMU à condition de justifier de leur situation auprès de leur service paye,
- les salariés sous contrat à durée déterminée à condition de justifier auprès de leur service paye de l'existence d'une couverture complémentaire déjà souscrite par ailleurs,
- les salariés à employeurs multiples à condition de justifier de l'existence d'une couverture complémentaire obligatoire souscrite dans le cadre d'un autre emploi,
- l'un des membres du couple C.S.F. FRANCE :
Les salariés déjà bénéficiaires en tant qu'ayant-droit du contrat de leur conjoint (pour les couples mariés ou partenaires liés par un Pacte Civil de Solidarité) au titre d'un contrat obligatoire frais de santé souscrit par C.S.F. FRANCE sous réserve d'en produire le justificatif.

Bénéficiaires du Régime obligatoire :

Les salariés de la société C.S.F. FRANCE définis dans les conditions d'admission et leurs ayants droit (conjoint(e) concubin(e), enfant(s)),

Les salariés de la société C.S.F. FRANCE définis dans les conditions d'admission et bénéficiant déjà d'une garantie complémentaire frais de santé dans le cadre d'un contrat obligatoire souscrit par l'employeur de leur conjoint.

Dans ce dernier cas, il incombera au salarié de la société C.S.F. FRANCE de produire auprès du service paye les justificatifs indispensables : une attestation sur papier-à-en-tête de l'employeur du conjoint mentionnant le caractère obligatoire et familial du contrat souscrit accompagnée d'un bulletin d'affiliation individuelle dûment complété et signé.

Sous réserve du paiement de la cotisation mensuelle de **45,21 €** (augmentée de la participation Entreprise de **45,22 €** par mois pour l'année 2014 soit une cotisation totale mensuelle de **90,43 €**) pour les bénéficiaires du Régime Général de la Sécurité Sociale*, la garantie est acquise :

- au salarié ayant plus d'un an d'ancienneté de la société C.S.F. FRANCE ou du GROUPE CARREFOUR y compris lorsque le participant bénéficie d'un congé sans solde (congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé de formation...) sous réserve du paiement de la cotisation totale (**90,43 € pour l'année 2014**)
- à son conjoint ou concubin notoire bénéficiant de la Sécurité Sociale, du fait de l'affiliation du participant ou d'une affiliation personnelle,

- à ses enfants à charge au sens fiscal célibataires, bénéficiant de la Sécurité Sociale, du fait de l'affiliation du participant ou de son conjoint,
- à ses enfants à charge au sens fiscal célibataires âgés de moins de 18 ans bénéficiant de la Sécurité Sociale en tant qu'apprentis,
- à ses enfants à charge au sens fiscal célibataires âgés de moins de 26 ans s'ils justifient de la poursuite de leurs études et sont affiliés à la Sécurité Sociale au titre du régime étudiant
- à ses enfants handicapés sans limitation d'âge dont l'incapacité permanente est au moins égale à 80% conformément aux dispositions prévues par l'Article L. 821-1 du Code de la Sécurité Sociale et bénéficiaires de l'Allocation aux Personnes Handicapées (A.P.H.).

Le salarié, déjà affilié à titre obligatoire par le contrat de son conjoint, et, qui en fait la demande sera prélevé de la somme **de 26,75 €** avec une participation Entreprise **de 26,76 €** soit une cotisation globale **de 53,51 €** pour l'année 2014. Il sera le seul bénéficiaire de son adhésion (ayants droit exclus) *.



REMARQUES :

- La notion "à charge" mentionnée ci-dessus s'entend au sens de la législation fiscale.
- Pour la prise en charge du concubin notoire, il doit être produit un certificat de vie en concubinage délivré par la mairie ou une attestation sur l'honneur dûment signée et tout justificatif officiel (facture EDF, quittance de loyer...) datant de moins de 3 mois **et d'au moins deux ans établi aux deux noms**. Le concubinage doit durer depuis au moins deux ans ou être formalisé par un P.A.C.S.

*Pour les bénéficiaires du Régime Particulier d'Alsace Moselle, le paiement de la cotisation mensuelle est de **38,80 €** (augmentée de la participation Entreprise de **38,80 €** par mois soit une cotisation totale mensuelle de **77,60 €** pour l'année 2014). Elle sera de **23,15 €** pour les salariés déjà assurés à titre obligatoire par leur conjoint (avec une participation Entreprise de **23,16 €** soit une cotisation totale mensuelle de **46,31 €** pour l'année 2014)

RÉGIME OBLIGATOIRE MALADIE – CHIRURGIE – OPTIQUE - DENTAIRE

Résumé des garanties liées à votre contrat obligatoire conformément aux nouvelles dispositions de la Sécurité Sociale

Les garanties liées à l'hospitalisation médicale et chirurgicale, maternité avec complication pathologique, cures et transport médicalisé :

PARCOURS DE SOINS		
Nature des actes	Niveau de remboursement	Commentaires
Honoraires conventionnés (y compris maternité avec complication pathologique)*	100% des frais réels	Limité à 400% de la B.R. ⁽¹⁾ en plus du remboursement de la S.S.
Forfait hospitalier	100% des frais réels	
Chambre particulière ⁽²⁾ (y compris maternité avec complication pathologique)	100 € par jour	
Frais d'accompagnant ⁽²⁾ (lit + repas) (enfant âgé de moins de 12 ans)	80 € par jour	
Transport médicalisé	300% de la B.R. ⁽¹⁾	y/c remboursement de la S.S (franchise médicale de 2,00 € par acte de transport non remboursable)...
Cure thermale acceptée ⁽²⁾	200 €	En sus de la S.S.
Maternité (tous types) – Indemnité forfaitaire ⁽²⁾ (pas de prise en charge hospitalière délivrée par HUMANIS PREVOYANCE pour le Risque Maternité sans complication pathologique)	400 €	A réception de l'original d'un extrait d'acte de naissance. Doublement de l'indemnité forfaitaire en cas de naissance gémellaire.

Les garanties liées aux frais médicaux

PARCOURS DE SOINS		
Nature des actes	Niveau de remboursement	Commentaires
Actes médicaux courants, sauf spécialistes (y compris les actes de maternité avec complication pathologique)	200% de la B.R. ⁽¹⁾	y/c remboursement de la S.S (franchise de 0,50 € par acte paramédical non remboursable).
Spécialistes (y compris les actes de maternité avec complication pathologique)	300% de la B.R. ⁽¹⁾	y/c remboursement de la S.S.
Autres prothèses	400% de la B.R. ⁽¹⁾	y/c remboursement de la S.S.
Prothèses audio	400% de la B.R. ⁽¹⁾ + 400 € ⁽²⁾ par an et par bénéficiaire	y/c remboursement de la S.S
Pharmacie	100% du Ticket Modérateur	Pharmacie non remboursée par la Sécurité Sociale exclue et franchise médicale de 0,50 € par boîte non remboursable

Les garanties liées au dentaire et à l'optique

PARCOURS DE SOINS		
Nature des actes	Niveau de remboursement	Commentaires
Soins dentaires ⁽³⁾	200% de la B.R. ⁽¹⁾	Y/c remboursement de la S.S.
-Prothèses acceptées. -Orthodontie acceptées ou refusées ⁽³⁾	95% des frais réels jusqu'à 200% de la B.R. ⁽¹⁾ + 80 % des frais réels de 200% à 400% de la B.R.	Y/c remboursement de la S.S. dans la limite de 75 % du PMSS ⁽⁴⁾ par an et par bénéficiaire
Verres (les 2) ⁽³⁾ La date retenue pour l'établissement de la prise en charge directe est la date de l'ordonnance (et non celle de la facture)	200% du remboursement S.S. + 150 €	Forfait annuel par bénéficiaire
Monture ⁽³⁾ La date retenue pour l'établissement de la prise en charge directe est la date de l'ordonnance (et non celle de la facture)	90 % des frais réels y compris remboursement de la S.S. jusqu'à 150 €	Forfait annuel par bénéficiaire
Lentilles acceptées, refusées, jetables La date retenue pour l'établissement de la prise en charge directe est la date de l'ordonnance (et non celle de la facture)	200% du remboursement S.S. + 150 €	Forfait annuel par bénéficiaire
Kératotomie	150 € par oeil	Forfait annuel par bénéficiaire

⁽¹⁾ B.R. = Base de Remboursement déterminée par la Sécurité sociale pour les actes médicaux

⁽²⁾ les montants forfaitaires ne peuvent être supérieurs aux frais restant à charge

⁽³⁾ Actes non remboursables par la Sécurité sociale exclus

⁽⁴⁾ Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale égal à 3129,00 euros pour l'exercice 2014.

Quelques exemples de remboursement de frais médicaux dans le cadre du respect du parcours des soins :

Premier tableau d'exemples :

PARCOURS DE SOINS				
Nature des actes	Dépenses totales	Remboursement Sécurité Sociale	Complémentaire HUMANIS PRÉVOYANCE	Reste à charge
Médecin traitant généraliste conventionné secteur 1	23,00 €	15,10 €	6,90 €	1 €
Médecin traitant généraliste conventionné secteur 2	25,00 €	15,10 €	8,90 €	1 €
Pharmacie (remboursée à 35%) 2 boîtes	40,00 €	13,00 €	26,00 €	1 €
Pharmacie (remboursée à 65%) 3 boîtes	60,00 €	37,50 €	21,00 €	1,50 €

Deuxième tableau d'exemples

PARCOURS DE SOINS				
Nature des actes	Dépenses totales	Remboursement Sécurité Sociale	Complémentaire HUMANIS PRÉVOYANCE	Reste à charge
Médecin spécialiste traitant conventionné secteur 1	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1 €
Médecin spécialiste traitant conventionné secteur 2	40,00 €	15,10 €	23,90 €	1 €
Médecin spécialiste avec option de coordination secteur 1 et 2	28,00 €	18,60 €	8,40 €	1 €

Les exemples ci-dessus prennent en compte l'application, depuis le 1^{er} Janvier 2005, du montant de 1 € qui ne peut pas être remboursé par la complémentaire santé.

Quelques exemples de remboursement de frais d'hospitalisation :

PARCOURS DE SOINS				
Nature des actes	Dépenses totales	Remboursement Sécurité Sociale	Complémentaire HUMANIS PRÉVOYANCE	Reste à charge
Chirurgie générale (séjour de 3 jours) Frais d'hébergement	233,05 €	233,05 €	--	
Frais de salle d'anesthésie	207,60 €	207,60 €		
Frais de salle d'opération	449,80 €	449,80 €		
Honoraires du chirurgien KC 130	731,70 €	253,70 € (déduction comprise de 18 €)	HUMANIS PREVOYANCE prend en charge intégralement ce forfait de 18 €	
Honoraires de l'anesthésiste KC 60	200,00 €	125,40 €		
TOTAL	1 822,15 €	1 269,55 €	552,60 €	0 €
Frais de chambre particulière	183,00 €	/	183,00 €	0 €
Forfaits journaliers 3 jours	54,00 €	/	54,00 €	0 €

Quelques exemples de remboursement de frais dentaires et optique (calcul effectué pour l'optique avec un plafond mensuel de la sécurité sociale pour l'exercice 2014 égal à 3129,00 €):

PARCOURS DE SOINS				
Nature des actes	Dépenses totales	Remboursement Sécurité Sociale	Complémentaire HUMANIS PRÉVOYANCE	Reste à charge
Monture et verres	385,00 €	4,82 €	289,10 €	91,08 €
Couronne céramique	510,00 €	75,25 €	301,00 €	133,75 €

Quelques exemples de remboursement HORS PARCOURS DE SOINS

HORS PARCOURS DE SOINS					
	Montant des honoraires	Base de remboursement	Remboursement Sécurité Sociale (*)	HUMANIS PREVOYANCE	Reste à charge
Consultation Généraliste secteur 1 ou 2	23,00 €	23,00 €	6,90 €	6,90 €	10,20 €
<i>Participation forfaitaire</i>			- 1.00 €		
Consultation spécialiste secteur 1	32,00 €	25,00 €	7,50 €	7,50 €	18,00 €
<i>Participation forfaitaire</i>			- 1.00 €		
Consultation spécialiste secteur 2	40,00 €	23,00 €	6,90 €	6,90 €	27,20 €
<i>Participation forfaitaire</i>			- 1.00 €		

***Minoration du remboursement : le taux de remboursement de 70% est limité à 30% depuis le 31 janvier 2009**

GARANTIES OPTIONNELLES FACULTATIVES : 2 OPTIONS

PRÉSENTATION

Le système modulaire optionnel conçu spécialement pour les salariés non-cadres de la société C.S.F. FRANCE permet à chacun de choisir la garantie la mieux adaptée à ses besoins.

Les garanties facultatives sont classées en deux options.

Parce que chaque famille n'a pas les mêmes besoins dans le domaine de la Santé, HUMANIS PRÉVOYANCE vous propose le choix entre 2 formules de remboursement en complément du contrat de base obligatoire:

***Découvrez ces 2 options
et choisissez votre niveau de protection***

2 OPTIONS SUR MESURE :

OPTION 3

La formule de confort de base, elle prévoit des remboursements très complets.

Cotisation par mois et par famille (en plus de la cotisation du contrat obligatoire) : **11,89 €** pour les salariés affiliés au Régime Général de la Sécurité Sociale ou **10,95 €** pour les salariés affiliés au Régime Particulier Alsace Moselle.

OPTION 4

La formule de confort renforcée, elle rembourse la quasi-totalité des frais dans la limite de plafonds et propose des garanties complémentaires non remboursées par le contrat de base obligatoire.

Cotisation par mois et par famille (en plus de la cotisation du contrat obligatoire) : **32,85 €** pour les salariés affiliés au Régime Général de la Sécurité Sociale ou **29,41 €** pour les salariés affiliés au Régime Particulier Alsace Moselle.

Formalités d'admission garanties Frais de Santé optionnelles facultatives

Aucune formalité médicale individuelle n'est exigée à l'exception de la demande d'affiliation ; les déclarations de la société C.S.F. FRANCE et du participant faisant foi.

Les garanties optionnelles sont proposées aux salariés bénéficiaires du contrat obligatoire. Les salariés ayant choisi de bénéficier du régime de base obligatoire avec une cotisation « Isolé » (voir conditions en page 2) ne pourront pas avoir accès aux options facultatives.

Pour bénéficier d'une garantie immédiate (pas de délai de carence), la demande d'adhésion doit être formulée par le salarié dans les 30 jours suivant son adhésion au contrat obligatoire auprès de son service paye.

Au-delà de cette période de 30 jours, un délai de carence d'une durée de 6 mois sera appliqué obligatoirement par HUMANIS PRÉVOYANCE.

Date d'effet des garanties optionnelles facultatives

La garantie prend effet conformément à la date mentionnée par le service paye dans le cadre prévu à cet effet.

EN CAS DE CHANGEMENT DE FORMULE DE GARANTIES

Le participant peut demander une modification du montant des prestations garanties parmi celles définies aux conditions particulières figurant en annexe au bulletin d'adhésion ; cette modification valant pour tous les bénéficiaires.

Si le salarié opte pour une formule de garantie inférieure, il doit en informer le service paye avant le 15 novembre de l'exercice en cours. La modification prendra effet au 1^{er} janvier de l'exercice suivant sans application d'un délai de carence.

Si le participant opte pour une formule de garantie supérieure, la modification prendra effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de sa demande au service paye avec application d'un délai de carence de six mois. Il continuera toutefois, durant ce délai de carence, à bénéficier des garanties de l'option facultative ou du contrat de base obligatoire dont il bénéficiait avant sa demande de modification.

Dans les deux cas, le salarié ne pourra plus changer de formule avant une année pleine de cotisations

Sauf cas de force majeure (licenciement ou décès du conjoint, divorce), un salarié cotisant en catégorie isolé ne pourra plus cotiser en catégorie famille avant le 1^{er} janvier de l'année suivante sous réserve d'en avoir formulé la demande avant le 1^{er} novembre de l'exercice en cours. Une carence de 6 mois sera appliquée sur l'option éventuellement souscrite.

Un salarié pourra cotiser en isolé dès son admission au contrat obligatoire (ancienneté requise atteinte) sous réserve de produire les justificatifs requis.

Un salarié, cotisant en famille ne pourra cotiser en isolé qu'au premier janvier de l'année suivante, sous réserve d'en faire la demande au plus tard au 1^{er} novembre de l'année en cours avec production des justificatifs requis. **Le salarié cotisant en catégorie isolé ne bénéficiera plus de la télétransmission entre HUMANIS PREVOYANCE et la CPAM, la complémentaire frais de soins du conjoint devant intervenir en premier lieu.**

RÉSUMÉ DES GARANTIES :

OPTION 3	Niveau de remboursement	Commentaires
Soins dentaires ⁽⁵⁾	300% de la B.R. ⁽¹⁾	y/c le remboursement de la S.S. et du contrat de base obligatoire
-Prothèses acceptées. -Orthodontie acceptées ou non prises en charge par la SS ⁽⁵⁾	100% des frais réels jusqu'à 300% de la B.R. ⁽¹⁾ + 90% des frais réels de 300% à 500% de la B.R. ⁽¹⁾	y/c le remboursement de la S.S. et du contrat de base obligatoire dans la limite de 100 % du PMSS ⁽²⁾ par an et par bénéficiaire (plafond pour l'ensemble des prothèses, des prestations d'orthodontie et d'implantologie)
Implants dentaires ⁽⁴⁾	300% de la B.C.R. ⁽³⁾	dans la limite de 100% PMSS par an et par bénéficiaire (plafond pour l'ensemble des prothèses, des prestations d'orthodontie et d'implantologie)
Verres (les 2) ⁽⁵⁾ La date retenue pour l'établissement de la prise en charge directe est la date de l'ordonnance (et non celle de la facture)	300% du remboursement S.S. + 250 € ⁽⁴⁾	<u>Adultes</u> : Les remboursements de verres et de monture sont limités à une prescription tous les deux ans sauf nouvelle ordonnance faisant apparaître une correction de la vision <u>Enfants de moins de 18 ans</u> : Les remboursements de verres et de monture sont limités à une prescription par an sauf nouvelle ordonnance faisant apparaître une correction de la vision
Monture ⁽⁵⁾ La date retenue pour l'établissement de la prise en charge directe est la date de l'ordonnance (et non celle de la facture)	300% du remboursement S.S. + 150 € ⁽⁴⁾	<u>Verres et Monture</u> : forfaits annuels ou bisannuels, suivant le cas sous déduction du remboursement effectué au titre du contrat de base obligatoire
Lentilles acceptées ou non prises en charges par la SS La date retenue pour l'établissement de la prise en charge directe est la date de l'ordonnance (et non celle de la facture)	300% du remboursement S.S. + 200 € ⁽⁴⁾	Forfait annuel par bénéficiaire sous déduction du remboursement effectué au titre du contrat de base obligatoire
Kératotomie	250 €/œil ⁽⁴⁾	Forfait annuel par bénéficiaire sous déduction du remboursement effectué au titre du contrat de base obligatoire

OPTION 4	Niveau de remboursement	Commentaires
Soins dentaires ⁽⁵⁾	400% de la B.R. ⁽¹⁾	y/c le remboursement de la S.S. et du contrat de base obligatoire
-Prothèses acceptées -Orthodontie acceptées ou non prises en charge par la SS ⁽⁵⁾	100% des frais réels jusqu'à 400% de la B.R. ⁽¹⁾ + 90% des frais réels de 400% à 600% de la B.R. ⁽¹⁾	y/c le remboursement de la S.S. et du contrat de base obligatoire dans la limite de 100 % du PMSS ⁽²⁾ par an et par bénéficiaire (plafond pour l'ensemble des prothèses, des prestations d'orthodontie et d'implantologie)
Implants dentaires	500% de la B.C.R. ⁽³⁾	dans la limite de 100% PMSS par an et par bénéficiaire (plafond pour l'ensemble des prothèses, des prestations d'orthodontie et d'implantologie)
Verres (les 2) ⁽⁵⁾ La date retenue pour l'établissement de la prise en charge directe est la date de l'ordonnance (et non celle de la facture)	400% du remboursement S.S. + 400 € ⁽⁴⁾	Forfait annuel par bénéficiaire sous déduction du remboursement effectué au titre du contrat de base obligatoire
Montures ⁽⁵⁾ La date retenue pour l'établissement de la prise en charge directe est la date de l'ordonnance (et non celle de la facture)	400% du remboursement S.S. + 150 € ⁽⁴⁾	Forfait annuel par bénéficiaire sous déduction du remboursement effectué au titre du contrat de base obligatoire
Lentilles acceptées ou non prises en charges par la SS : La date retenue pour l'établissement de la prise en charge directe est la date de l'ordonnance (et non celle de la facture)	400% du remboursement S.S. + 250 € ⁽⁴⁾	Forfait annuel par bénéficiaire sous déduction du remboursement effectué au titre du contrat de base obligatoire
Kératotomie	400 €/œil ⁽⁴⁾	Forfait annuel par bénéficiaire sous déduction du contrat de base obligatoire
Ostéopathie	25 €/acte ⁽⁴⁾	Dans la limite de 5 actes par an et par bénéficiaire
Pilule contraceptive refusée S.S.	100 % Frais réels	Dans la limite de 70 € par an et par bénéficiaire
Prothèse auditive	450 € ⁽⁴⁾	Forfait annuel par bénéficiaire sous déduction du remboursement effectué au titre du contrat de base obligatoire

⁽¹⁾ B.R. = Base de remboursement déterminée par la Sécurité Sociale pour les actes médicaux

⁽²⁾ PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale égal à 3129,00 € pour l'exercice 2014.

⁽³⁾ B.C.R. = Base de Remboursement reconstituée sur la base d'une prothèse SPR50

⁽⁴⁾ Les montants forfaitaires ne peuvent être supérieurs aux frais restant à charge

⁽⁵⁾ Actes non soumis à la cotation sécurité sociale exclus

**POUR VOUS AIDER A CHOISIR VOTRE OPTION,
VOICI QUELQUES EXEMPLES**

Quelques exemples de remboursement de frais d'optique :

Coût d'une paire de lunette	620,00 €
• Coût de la monture (avec une BR de 2,84 € remboursée à 60% par la Sécurité Sociale soit 1,70 €).	160,00 €
• Coût des verres (exemple d'une BR de 18,46 € remboursée à 60% par la Sécurité Sociale soit 11,00 €)	460,00 €
Base de remboursement de la S.S.	21,30 €
Remboursement de la S.S.	12,78 €
Ticket modérateur	8,52 €
Si vous ne choisissez aucune option, il restera à votre charge	292,72 €
Si vous optiez pour l'une de nos formules de remboursement, il resterait à votre charge :	
En option 3	168,88 €
En option 4	6,10 €

Quelques exemples de remboursement de frais dentaires :

Coût d'une couronne céramique	510,00 €
Base de remboursement de la S.S. pour une SPR codifiée 50 par la Sécurité Sociale.	107,50 €
Remboursement de la S.S.	75,25 €
Ticket modérateur	32,25 €
Si vous ne choisissez aucune option, il restera à votre charge	133,75 €
Si vous optiez pour l'une de nos formules de remboursement, il resterait à votre charge :	
En option 3	18,75 €
En option 4	8,00 €

COMMENT ADHÉRER ?

Pour adhérer, utilisez le bulletin d'affiliation individuelle joint à cette notice.

→ Remplissez lisiblement votre bulletin d'affiliation individuelle en suivant les consignes ci-après :

1. Je vérifie ma demande d'affiliation individuelle :
 - Vérifiez les informations vous concernant ainsi que celles des bénéficiaires que vous souhaitez inscrire
 - Cochez la formule choisie, après avoir pris connaissance des tarifs figurant au verso
 - Dated et signez votre bulletin.
2. Je joins la photocopie de l'attestation "papier" de droits jointe par la Sécurité Sociale à ma carte Vitale en cours de validité. Attention : cette pièce est à joindre pour chaque bénéficiaire immatriculé auprès de la Sécurité Sociale. Je joins également les pièces justificatives concernant mon concubin et mes enfants (certificat de scolarité...) sous peine de voir leurs affiliations refusées.
3. J'adresse mon bulletin d'affiliation individuelle daté et signé au service paye. Je joins obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal si mon salaire est réglé par chèque. HUMANIS PREVOYANCE règle mes remboursements uniquement par virement. Pour bénéficier du tarif adhérent déjà couvert à titre obligatoire par la mutuelle du conjoint, je joins nécessairement l'attestation de l'employeur de mon conjoint à ma demande d'affiliation individuelle.

Nous attirons votre attention sur les informations complémentaires ci-dessous indispensables pour permettre la bonne gestion de votre dossier.

Votre adhésion :

La qualité de l'enregistrement des données vous concernant est liée à celle des informations transcrites sur votre Bulletin. Nous vous saurions gré de bien vouloir écrire lisiblement et de ne pas omettre de joindre toutes les pièces justificatives nécessaires à votre adhésion (copie des attestations cartes vitales, certificat de scolarité...).

Votre bulletin d'adhésion doit automatiquement être adressé au service paye dont vous dépendez et non pas directement à HUMANIS PREVOYANCE. En effet, notre Institution retourne au service concerné toute adhésion n'ayant pas respecté cette procédure, ce qui augmente significativement les délais de traitement.

Il en est de même pour les demandes de changement d'option.

Nous vous précisons également que l'ajout de bénéficiaires prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de la demande d'affiliation (hormis pour les nouveaux nés où la date d'effet correspond à celle de la naissance si le justificatif requis nous parvient dans les 3 mois)

Enfin, toute demande de radiation de bénéficiaires prend effet au dernier jour du mois de réception du courrier correspondant.

Avant de demander la télétransmission à HUMANIS PREVOYANCE, si vous bénéficiez de ce service avec une autre mutuelle, faites-vous confirmer au préalable que celle-ci a cessé la télétransmission avant de demander à notre Institution de prendre le relais.

Si votre situation familiale évolue (mariage, divorce, naissance ou adoption d'un enfant), transmettez nous dans les meilleurs délais les pièces administratives justifiant des modifications à apporter et le cas échéant, une copie de votre attestation de carte vitale actualisée.

PROCEDURE DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Vous voulez être bénéficiaire du dispositif NOÉMIE

Pour cela, il suffit de nous adresser une copie de l'attestation de droits en cours de validité jointe par la Sécurité Sociale à votre carte Vitale et celle de vos ayants droit immatriculés auprès de la Sécurité Sociale.

Pour que la télétransmission avec HUMANIS PREVOYANCE puisse être validée par la CPAM, il est indispensable de ne pas déjà bénéficier de cette télétransmission avec une autre mutuelle (celle du conjoint par exemple) et d'être affilié au Régime Général de la Sécurité Sociale ou Particulier Alsace Moselle.

HUMANIS PREVOYANCE pratique le dispositif de remboursement simplifié NOEMIE en faveur des **enfants étudiants** bénéficiant de régimes spéciaux. Pour en bénéficier, il suffit d'envoyer à HUMANIS PREVOYANCE une copie de l'attestation de droit émise par la mutuelle étudiante au nom de l'enfant.

Les bénéficiaires affiliés à la SMENO, la SMEREP et les MSA du Nord, du Pas de Calais et de la Gironde peuvent également bénéficier de ce service.

Depuis 2011, la télétransmission est également possible pour les affiliés de la LMDE, MGEL, CNMSS, SMEBA, MEP et de nouvelles caisses de la M.S.A. (BERRY TOURAINE, GRAND SUD, MARNE ARDENNES MEUSE, FRANCHE COMTE, ILE DE FRANCE, LOIRE ATLANTIQUE VENDEE, HAUTE NORMANDIE, SUD CHAMPAGNE et CŒUR DE LOIRE).

- vous n'avez donc plus besoin d'envoyer vos décomptes Sécurité Sociale à HUMANIS PRÉVOYANCE. Votre dossier sera traité rapidement après télétransmission par le Régime Obligatoire (Régime Sécurité Sociale ou Régimes Obligatoires ci-dessus-désignés).
- vos remboursements sont rapidement virés sur votre compte bancaire ou postal.

Pour vous assurer que le dispositif NOÉMIE est opérationnel, il vous suffit de vérifier que le message d'information suivant figure sur chacun des décomptes émis par votre Régime Obligatoire et pour chaque bénéficiaire : "information transmise à votre organisme complémentaire". Dans le cas contraire, les originaux des décomptes de remboursement délivrés par votre Régime Obligatoire devront obligatoirement nous être adressés pour permettre à HUMANIS PRÉVOYANCE le règlement des prestations Frais de Santé.

Pour les étudiants, les originaux des décomptes de remboursement délivrés par la mutuelle étudiante doivent être adressés à HUMANIS PREVOYANCE jusqu'à ce qu'un message signale sur lesdits décomptes que « les informations ont été transmises directement par télétransmission à HUMANIS PREVOYANCE ».

Dans tous les autres cas, il est indispensable de nous adresser les décomptes originaux papier de votre Régime Obligatoire.



ATTENTION

Certaines prestations n'entrent pas dans le cadre du dispositif NOÉMIE, dans ce cas, les justificatifs à joindre pour le remboursement sont les suivants (voir page suivante):

JUSTIFICATIFS (une note d'honoraire détaillée émise par votre praticien devra être jointe à votre demande de remboursement, en sus des cas énoncés ci dessous, dès que le montant des frais engagés est supérieur ou égal à 1.500 €)

Régime obligatoire	
Cures thermales	⇒ Les volets originaux des décomptes de remboursement délivrés par la Sécurité Sociale accompagnés des factures justificatives des frais réels engagés et une attestation de l'établissement thermal précisant les dates de début et de fin de cure (frais de transport et d'hébergement)
Maternité	⇒ Un extrait d'acte de naissance, mentionnant expressément le nom du salarié.
Frais d'hospitalisation	⇒ L'original de l'avis des sommes à payer émis par l'établissement hospitalier s'il n'y a pas eu délivrance d'un accord préalable de prise en charge directe et l'attestation de paiement ; en cas de dépassement d'honoraires, la facture du dépassement d'honoraire avec précision de la codification des actes concernés

JUSTIFICATIFS (obligatoires en sus des cas énoncés ci dessous dès que le montant des frais engagés est supérieur ou égal à 1500 €)

Garanties optiques et dentaires	
Optique Lunetterie (verres, montures)	⇒ La facture originale de l'opticien précisant le montant réglé pour les verres et le montant réglé pour la monture ainsi qu'une copie de l'ordonnance délivrée par l'ophtalmologue.
Lentilles non pris en charge par la Sécurité Sociale	⇒ La facture originale de l'opticien portant la mention "lentilles jetables ou non jetables figurant à la nomenclature de la Sécurité Sociale" accompagnée de la prescription médicale
Kératotomie	⇒ La facture originale émise par le chirurgien
Dentaire Prothèses ou orthodontie non pris en charge par la Sécurité Sociale	⇒ L'original de la note d'honoraires détaillée délivrée par le dentiste précisant la cotation à la nomenclature et la mention "refusé" accompagné d'une copie de la feuille de soins

JUSTIFICATIFS obligatoires à joindre pour les garanties spécifiques à l'option 4

Pilule contraceptive refusée par la sécurité sociale	⇒ La facture originale du pharmacien ainsi qu'une copie de la prescription médicale
Soins d'ostéopathie	⇒ La facture originale délivrée par le praticien

HISTORIQUE DES REMBOURSEMENTS

Le paiement des prestations est effectué au fur et à mesure, par virement sur votre compte.

Vous pouvez :

- consulter sur notre site Internet entreprises.humanis.com l'historique de vos remboursements .

UN ESPACE INTERACTIF PERSONNALISE

HUMANIS PREVOYANCE met également à votre disposition sur son site INTERNET :

entreprises.humanis.com un espace personnalisé dédié qui vous permet à tout moment de :

- consulter le détail de vos remboursements,
- télécharger vos décomptes,
- modifier votre adresse,
- télécharger un accord de prise en charge hospitalière,

Pour accéder à cet espace interactif, il vous suffit de renseigner votre numéro d'adhérent ainsi que votre code confidentiel.

HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation, le participant est dispensé de toute avance de fonds dans la mesure où :

- il choisit un établissement conventionné,
- il formule (ou fait formuler par un tiers) une demande d'ENTENTE PRÉALABLE auprès de nos services, soit :
 - par télécopie,
 - par messagerie électronique (carrefourmarket@humanis.com) en nous communiquant toutes les informations utiles (date d'entrée, nom et coordonnées de l'Etablissement, identité de la personne concernée, n° de fax, service ...),
 - par connexion sur l'espace sécurisé disponible sur notre site entreprises.humanis.com avec obtention en direct d'un accord de prise en charge par téléchargement et impression sur imprimante.

Les dépenses sont ainsi réglées directement par HUMANIS PRÉVOYANCE à l'établissement hospitalier conventionné de son choix.

LE TIERS-PAYANT

Le Tiers-Payant Pharmaceutique, Labo-Analyse, Radiologie, Optique, hospitalier, transport médicalisé, Soins Externes, Masseurs Kinésithérapeutes, Soins Infirmiers, Orthoptistes, Orthophonistes, Soins dentaires (prothèse dentaire exclue) en centre de santé.

HUMANIS PRÉVOYANCE met à la disposition de chaque salarié une attestation familiale de tiers-payant « ISANTE ».

Muni de cette carte, le salarié peut se présenter chez le praticien de son choix et ainsi bénéficier de la gratuité des médicaments ou de la prise en charge des frais d'analyse-labo, de radiologie, du transport médicalisé, des auxiliaires médicaux, des soins externes et des soins dentaires (prothèses dentaires exclus) pratiqués en hôpitaux publics ou en centres de soins.

Médicaments génériques et tiers payant

Lorsque vous achetez des médicaments, l'Assurance Maladie prend en charge une partie ou la totalité de leur coût. Votre carte Vitale et votre attestation [SP-Santé| Santé](#) vous permettent de ne pas procéder à l'avance des frais. Mais attention, ce dispositif est applicable uniquement si vous acceptez les médicaments génériques qui vous sont proposés par le pharmacien lorsqu'il en existe pour les médicaments qui vous sont prescrits.

Radiologie

Nous attirons toutefois votre attention sur le fait que le tiers payant radiologie ne pourra être pratiqué que dans le cadre du respect du parcours de soins.

Optique

Pour être dispensé de toute avance de fonds pour les frais d'optique, un accord de prise en charge sera délivré à l'opticien par nos services.

- **vous bénéficierez également du réseau d'Opticien ITELIS que vous pouvez découvrir sur le document joint**



ATTENTION

Si l'un de ces professionnels vous refuse le tiers-payant, il convient de nous contacter sans tarder afin de nous permettre d'initialiser la procédure.

 01.39.33.28.(60/61/62/63 ou 64)

- du lundi au vendredi de 9 h à 18 h sans interruption

PORTABILITE DES DROITS EN MATIERE DE FRAIS DE SANTE

L'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 a prévu qu'en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage (sauf faute lourde), il est mis en place un mécanisme de portabilité des droits en matière de Frais de Santé.

ARTICLE 1 : Conditions d'application du maintien des droits :

Les anciens salariés, dont le contrat de travail a été rompu et bénéficiant de l'indemnisation chômage auprès de Pôle Emploi du fait de la rupture de leur contrat de travail peuvent prétendre au maintien moyennant paiement des cotisations correspondantes, de la garantie frais de santé.

Les salariés doivent remplir, pour bénéficier de ce maintien, les conditions suivantes :

- faire l'objet d'une rupture de leur contrat de travail
- la rupture doit ouvrir droit à une indemnisation du régime d'assurance chômage

Ce mécanisme permet, en effet, d'éviter une rupture de tout ou partie du bénéfice de la couverture complémentaire santé entre le moment où il est mis fin au contrat de travail du salarié et celui où il reprend un autre emploi et acquiert de nouveaux droits.

ARTICLE 2 : Objet du maintien des droits :

Dans l'objectif de maintenir le régime complémentaire dans les cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation, il a été convenu que, les salariés gardent, pendant leur période de chômage, le bénéfice de la garantie frais de santé appliquée au sein de C.S.F. FRANCE, limité en tout état de cause à neuf mois. Il cesse de manière anticipée dès lors que l'ancien salarié cesse de bénéficier des allocations chômage (reprise d'activité, retraite...) ou qu'il n'apporte plus la preuve de ce bénéfice.

A cet égard, nous vous rappelons que les ruptures du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation sont les suivantes :

- licenciement (économique, pour motif personnel, pour faute grave)
- rupture conventionnelle, rupture pour motif légitime et sérieux du CDD à objet défini,
- rupture du contrat d'apprentissage ou du contrat de professionnalisation,
- rupture d'un CDD d'un commun accord ou à l'initiative de l'employeur,
- démission légitime,
- cessation du CDD à échéance.

ARTICLE 3 : Obligations du salarié éligible au maintien des droits :

Le bénéfice du maintien de cette garantie est également subordonné aux conditions suivantes :

- les droits à couverture doivent être ouverts auprès de la société C.S.F. FRANCE,
- le salarié doit justifier auprès de HUMANIS PREVOYANCE de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- le salarié doit également justifier, auprès de HUMANIS PREVOYANCE, de la cessation du versement des allocations d'assurance chômage pendant la période de maintien des garanties.

ARTICLE 4 : Date d'effet des garanties relevant du maintien des droits – faculté de renonciation :

Les garanties prennent effet le jour suivant la rupture du contrat de travail ; la cotisation étant due à compter du premier jour du mois qui suit cette cessation d'activité.

Toutefois, si C.S.F FRANCE est tenu de proposer le maintien de la garantie frais de santé au salarié éligible, ce dernier a la possibilité d'y renoncer.

Cette renonciation est définitive et concerne l'ensemble des garanties lorsqu'elle est notifiée expressément par écrit à C.S.F. FRANCE, dans les dix jours suivant la date de cessation du contrat de travail.

ARTICLE 5 : Financement du maintien des droits prévu par l'Avenant n°3 du 18 mai 2009:

Le financement de ce maintien continue d'être assuré par C.S.F. FRANCE et l'ancien salarié dans les mêmes proportions qu'antérieurement. Ce dispositif suppose, en effet, que le salarié et C.S.F. FRANCE continuent chacun à payer leur part de cotisation (part patronale et part salariale) directement auprès de HUMANIS PREVOYANCE. L'ancien salarié s'acquittera donc de cotisations identiques à celles applicables aux salariés en activité, majorées de la CSG et de la CRDS.

Il résulte de ce principe de cofinancement, que le non paiement, par l'ancien salarié de sa quote-part à la date d'échéance des cotisations, entraîne la perte des garanties pour la période restant à courir. Dans cette hypothèse, C.S.F. FRANCE est alors libéré de toute obligation.

SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL ET COUVERTURE FRAIS DE SANTE

Durant votre congé parental, sabbatique, sans solde..., votre contrat de travail est suspendu et par conséquent votre contrat frais de santé également.

Un exemple précis : un(e) salarié(e) partant en congé parental le 15 octobre sera couvert(e) en frais de santé jusqu'au 31 octobre inclus en tant que salarié(e) en activité.

Dès que nous sommes informés de cette suspension, nous proposons par courrier aux salariés concernés recensés dans notre base de gestion le maintien de leurs garanties frais de santé.

Les intéressés disposent alors d'un délai maximum de deux mois pour adhérer. A réception de leur accord et du règlement correspondant, nous procédons à l'édition d'une nouvelle carte de tiers payant et d'un échéancier de cotisation.

Durant cette suspension de contrat, l'adhérent s'engage à s'acquitter des cotisations dont il est redevable mensuellement et à terme échu. L'adhérent doit régler l'intégralité de la cotisation (parts patronale et salariale).

L'adhérent sera garanti par HUMANIS PREVOYANCE durant toute la période de suspension sous réserve d'être toujours présent dans les effectifs de C.S.F. FRANCE.

Il a toutefois la possibilité de résilier son adhésion lors du renouvellement de sa suspension par lettre recommandée avec AR.

Toute demande de résiliation est définitive. L'adhérent bénéficiera toutefois à nouveau des garanties au premier jour du mois qui suit celui de sa reprise d'activité si celle-ci ne débute pas le 1^{er} du mois.

LES AUTRES PRESTATIONS DE HUMANIS PRÉVOYANCE

- GARANTIE ASSISTANCE HUMANIS A DECOUVRIR DANS LE DOCUMENT JOINT



NOTRE COMMUNICATION

→ **Notre Site Internet : entreprises.humanis.com**

Après avoir saisi votre numéro d'adhérent et votre mot de passe, vous pourrez :

- prendre connaissance des remboursements des dernières prestations
- télécharger vos décomptes
- obtenir sans délai un accord de prise en charge hospitalière,
- nous communiquer un changement d'adresse,

→ **Notre adresse :** **HUMANIS PRÉVOYANCE**
Centre de gestion **CARREFOUR MARKET**
TSA 96781
95144 GARGES LES GONESSE CEDEX

→ **Notre téléphone (du lundi au vendredi de 9 h à 18 h) sans interruption :**

01 39 33 28 60
ou **01 39 33 28 61**
ou **01 39 33 28 62**
ou **01 39 33 28 63**
ou **01 39 33 28 64**

→ **Notre Fax : 01 39 33 28 65**



Cette notice d'informations est un résumé du contrat de Prévoyance souscrit auprès de HUMANIS PRÉVOYANCE - Institution Interprofessionnelle de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale agréée par arrêté du Ministre des Affaires Sociales. Cette notice n'a pas pour objet de remplacer le contrat de Prévoyance qui, seul, a valeur contractuelle.

GLOSSAIRE

- ➔ **PASS** : *C'est le plafond annuel de la Sécurité Sociale qui est fixé annuellement en fin d'année par les Pouvoirs Publics. Il est égal à 12 fois le P.M.S.S.*
- ➔ **PMSS ou Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale** : *Plafond de référence servant au calcul des prestations de la Sécurité Sociale ainsi qu'à celui de votre cotisation (valeur plafond mensuel 2014 égale à 3 129,00 €).*
- ➔ **Nomenclature** : *Liste codifiée des produits et actes donnant lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale, lorsqu'un acte est classé hors nomenclature, il n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale.*
- ➔ **Dépassement d'honoraires** : *Montant des dépenses qui dépasse la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale. Il n'est jamais remboursé par la Sécurité Sociale.*
- ➔ **Remboursement de la Sécurité Sociale** : *Montant remboursé à l'assuré par la Sécurité Sociale exprimé en pourcentage de la Base de Remboursement.*
- ➔ **Frais réels** : *Montant réellement engagé par l'assuré social.
Important : les remboursements de HUMANIS PRÉVOYANCE en complément de ceux de la Sécurité Sociale ne peuvent dépasser les frais engagés par l'assuré social.*
- ➔ **Base de Remboursement de la Sécurité Sociale** : *Valeur de référence, pour chaque acte, à partir de laquelle la Sécurité Sociale calcule le montant de son remboursement.*
- ➔ **Ticket Modérateur ou TM** : *Part de la Base de Remboursement restant à la charge de l'assuré après le remboursement de la Sécurité Sociale.*
- ➔ **BCR** : *base de Remboursement reconstituée*
- ➔ **NOEMIE** : *Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs : il s'agit de la télétransmission*
- ➔ **CONTRAT RESPONSABLE** : *Sous peine de perdre les avantages fiscaux et sociaux, le contrat dit « responsable » doit respecter le cahier des charges fixé par le décret du 23 septembre 2005. A noter que votre contrat respecte ce cahier des charges.*