

REGIME FRAIS DE SANTE
CAVES COOPERATIVES VINICOLES
ET LEURS UNIONS

Conditions Générales

SOMMAIRE

PREAMBULE.....	3
TITRE 1 DISPOSITIONS GENERALES DU CONTRAT.....	4
Article 1-1 OBJET DU CONTRAT.....	4
Article 1-2 COMPOSITION DU CONTRAT.....	4
Article 1-3 ORGANISMES ASSUREURS.....	4
Article 1-4 DELEGATION DE GESTION.....	5
Article 1-5 RESEAU DE SOINS.....	5
Article 1-6 PRESCRIPTION.....	5
Article 1-7 RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE.....	6
Article 1-8 INFORMATIQUE ET LIBERTES.....	6
Article 1-9 RECLAMATIONS - MEDIATION.....	6
Article 1-10 FAUSSE DECLARATION.....	7
Article 1-11 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME.....	7
Article 1-12 OBLIGATIONS DE L'INSTITUTION.....	7
Article 1-13 OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHERENTE.....	8
Article 1-14 OBLIGATIONS DU PARTICIPANT.....	8
Article 1-15 LOI APPLICABLE ET JURIDICTION.....	8
TITRE 2 GARANTIE CONVENTIONNELLE.....	9
Article 2-1 ADHESION DE L'ENTREPRISE AU CONTRAT.....	9
Article 2-2 PRISE D'EFFET, DUREE ET RESILIATION DU CONTRAT.....	9
Article 2-3 REVISION DU CONTRAT.....	10
Article 2-4 GROUPE ASSURE.....	10
Article 2-5 AFFILIATION ET ADMISSION DANS L'ASSURANCE.....	10
TITRE 3 GARANTIES OPTIONNELLES PROPOSEES A L'ENTREPRISE.....	11
Article 3-1 ADHESION DE L'ENTREPRISE.....	11
Article 3-2 BENEFICIAIRES DES GARANTIES.....	11
Article 3-3 PRISE D'EFFET / MODIFICATION / RESILIATION.....	11
Article 3-4 REVISION.....	12
TITRE 4 GARANTIES OPTIONNELLES PROPOSEES AU SALARIE.....	13
Article 4-1 AFFILIATION DU PARTICIPANT A L'« OPTION 1 » OU L'« OPTION 2 » ET/OU A « L'EXTENSION FAMILLE ».....	13
Article 4-2 RESILIATION PAR LE PARTICIPANT DE L'« OPTION 1 » OU L'« OPTION 2 » ET/OU DE « L'EXTENSION FAMILLE ».....	13
Article 4-3 COTISATIONS.....	14
Article 4-4 REVISION.....	14
TITRE 5 COTISATIONS.....	15
Article 5-1 STRUCTURE TARIFAIRE.....	15
Article 5-2 MONTANT DES COTISATIONS.....	15
Article 5-3 MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS.....	15
Article 5-4 DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS.....	16
TITRE 6 DISPOSITIONS COMMUNES A L'ENSEMBLE DES GARANTIES.....	16
Article 6-1 ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES.....	16
Article 6-2 DISPENSES D'AFFILIATION.....	16
Article 6-3 MONTANT DES GARANTIES.....	17
Article 6-4 LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIES.....	18
Article 6-5 CONTROLE DES PRESTATIONS.....	18
Article 6-6 ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES.....	18
Article 6-7 DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL.....	19
Article 6-8 CESSATION DE L'AFFILIATION.....	19
Article 6-9 CESSATION DES GARANTIES.....	20
Article 6-10 PORTABILITE DES DROITS.....	20
Article 6-11 MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL.....	22

ANNEXE 1 - DEFINITIONS.....	24
ANNEXE 2 – TABLEAUX DES GARANTIES	30
ANNEXE 3 – LES PRESTATIONS GARANTIE ASSISTANCE.....	34
ANNEXE 4 - LES SERVICES DU RESEAU DE SOINS.....	48

PREAMBULE

Les partenaires sociaux des Caves Coopératives Vinicoles et leurs unions ont instauré, le 02 février 2011, un régime conventionnel de remboursement complémentaires de frais de santé afin que tous les salariés de la branche bénéficient d'un **régime frais de santé**.

Ce régime, entré en vigueur **le 1^{er} janvier 2012**, est mis en œuvre par CCPMA PREVOYANCE, située 21 rue de la Bienfaisance, 75382 PARIS Cedex 08, dans le cadre d'un contrat collectif « assurance complémentaire frais de santé ».

L'Accord précité a fait l'objet de révisions par avenants n°1 du 12 février 2013, n°2 du 23 avril 2014, n°3 du 21 janvier 2015, n°4 du 8 juillet 2015, n°5 du 18 novembre 2015 et n°6 du 9 juin 2016.

Par ce dernier avenant entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2017, les partenaires sociaux ont souhaité réviser ledit Accord et l'adapter aux nouvelles obligations légales et réglementaires respectant l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables.

L'Accord du 2 février 2011 et ses avenants définissent ainsi un socle de garanties conventionnelles qui a vocation à s'appliquer à l'ensemble des salariés des entreprises entrant dans le champ d'application dudit Accord.

Au-delà de ce socle, les entreprises ou les salariés peuvent choisir de mettre en place deux garanties optionnelles dénommées « Option 1 » et « Option 2 » ou encore d'étendre la couverture frais de santé aux ayants droit via l'extension familiale.

Les présentes Conditions Générales définissent la couverture complémentaire frais de santé des salariés des Caves Coopératives Vinicoles et leurs unions.

TITRE 1

DISPOSITIONS GENERALES DU CONTRAT

Article 1-1 **OBJET DU CONTRAT**

Le présent contrat est un contrat collectif ayant pour objet de garantir, à l'ensemble des salariés appartenant au **groupe assuré** tel que défini à l'article 2-4 des présentes Conditions Générales, le remboursement total ou partiel des dépenses de santé, en complétant acte par acte les prestations versées par le régime de base obligatoire, **dans la limite des frais réellement engagés.**

L'entreprise qui adhère au présent contrat est dénommée ci-après « entreprise adhérente » et le salarié affilié est appelé « participant ».

Ce contrat prévoit également des prestations d'assistance, à destination des assurés, pour couvrir les conséquences d'une maladie, d'un accident ou d'un décès (conditions exposées en annexes 3 des présentes Conditions Générales).

Il met à disposition des salariés couverts les services proposés par les réseaux de soins Carte Blanche (figurant en annexe 4 des présentes Conditions Générales).

Article 1-2 **COMPOSITION DU CONTRAT**

Le contrat se compose de 3 parties indissociables :

- les présentes **Conditions Générales** définissant l'ensemble des dispositions du contrat et de la garantie santé ;
- le **Bulletin d'adhésion signé par l'entreprise**, dont les dispositions complètent les Conditions Générales, valant engagement de l'entreprise de faire bénéficier l'ensemble des salariés appartenant au groupe assuré des garanties du contrat ;
- le **Certificat d'adhésion valant Conditions Particulières** signé par l'Institution et confirmant la prise en compte de l'adhésion de l'entreprise.

Article 1-3 **ORGANISMES ASSUREURS**

La garantie « Santé » du contrat est assurée par :

CCPMA PREVOYANCE, Institution de prévoyance, régie par les dispositions de l'article L.727-2 du code rural et de la pêche maritime et du livre IX du code de la Sécurité sociale, (21, rue de la Bienfaisance - 75382 PARIS cedex 08), ci-après dénommée « l'Institution ».

Le contrat est régi par le code de la Sécurité sociale.

CCPMA PREVOYANCE est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe 61 rue Taitbout, 75009 PARIS.

La garantie assistance est assurée par un organisme assureur régi par le Code des assurances dont le nom et les coordonnées figurent à l'**Annexe 3 des présentes Conditions Générales**.

Article 1-4 DELEGATION DE GESTION

Le paiement des prestations afférentes au présent contrat est délégué à la **caisse de Mutualité Sociale Agricole (CMSA)** dont relèvent les participants.

Article 1-5 RESEAU DE SOINS

Les salariés couverts ainsi que leurs éventuels ayants droit bénéficient des services proposés par le réseau de soins défini à l'**Annexe 4 des présentes Conditions Générales**.

Article 1-6 PRESCRIPTION

Conformément à l'article L932-13 du code de la Sécurité sociale, toute action relative aux garanties du présent contrat est prescrite, à compter de l'événement qui y donne naissance :

- par 2 ans en ce qui concerne l'appel de cotisations ;
- par 2 ans en ce qui concerne le paiement des prestations de la garantie frais de santé.

Toutefois ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'institution en a eu connaissance ;
- 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Quand l'action de l'entreprise adhérente, du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'entreprise adhérente, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

En application de l'article L. 932-13-3 du code de la Sécurité sociale, la prescription est interrompue lorsqu'une des causes ordinaires énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil s'applique.

Il s'agit notamment de :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du code civil) ;
- une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du code civil) ;
- un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du code civil).

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestation ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Institution à l'entreprise adhérente en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant à l'institution en ce qui concerne le règlement de la prestation

Article 1-7

RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, les organismes assureurs sont subrogés jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions du participant ou de ses ayants droit, contre les tiers responsables, conformément à l'article L. 931-11 du Code de la Sécurité sociale.

En application de ce texte, lorsque le participant est victime d'un accident (accident de la circulation, accident domestique, agression...), il doit, sous peine de perdre ses droits aux garanties, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident le nom de l'Institution en tant que tiers payeur.

Article 1-8

INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations concernant les participants et leurs ayants droit sont recueillies et destinées aux services de l'Institution, à ses mandataires dont la MSA, intermédiaire(s), réassureur(s) et coassureurs ainsi qu'aux organismes professionnels intervenant au contrat.

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, les intéressés peuvent exercer, en justifiant de leur identité, leur droit d'accès et de rectification aux données les concernant en adressant un courrier à AGRI Prévoyance – Correspondant Informatiques et Libertés, 21 rue de la Bienfaisance 75382 PARIS Cedex 08 ou par courriel à l'adresse suivante « cnil.blf@groupagric.com ».

Article 1-9

RECLAMATIONS - MEDIATION

En cas de désaccord persistant concernant l'application du présent contrat et en dehors de toute demande de renseignements ou d'avis, il est possible d'adresser une réclamation :

- soit par courrier à CCPMA Prévoyance, service Réclamations, 21 rue de la Bienfaisance 75382 Paris cedex 08 ;
- soit par courriel sur le site internet d'AGRICA, (www.groupagric.com) en cliquant sur la rubrique « Une question, contactez-nous » puis, en précisant le sujet de votre demande « Faire une réclamation ».

Afin que la demande soit traitée dans les plus brefs délais, les informations suivantes doivent être communiquées :

- le code client de l'entreprise ou du participant ;
- le domaine concerné (santé).

Dès lors, l'Institution adresse un accusé de réception dans un délai de 10 jours puis traite la réclamation dans un délai maximal de 2 mois.

Par suite, un recours peut être présenté par l'entreprise ou le participant auprès du Médiateur du CTIP (Centre Technique des Institutions de Prévoyance), en adressant le dossier complet :

- soit par courrier au siège du CTIP dont le siège se situe 10 rue Cambacérès, 75008 PARIS) ;
- soit par voie électronique sur le site internet du CTIP, www.ctip.asso.fr, en cliquant sur la rubrique « Médiation » puis en complétant le formulaire de saisine en ligne.

Article 1-10 FAUSSE DECLARATION

Les déclarations faites, tant par l'entreprise adhérente que par le participant, servent de base aux garanties.

L'Institution peut opérer une vérification des données ainsi communiquées.

Toute déclaration intentionnellement fausse ou incomplète, réticence, omission ou inexactitude dans la déclaration du risque entraîne l'application des sanctions prévues par l'article L.932-7 du Code de la Sécurité sociale, c'est-à-dire la nullité de l'assurance le cas échéant.

Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

Article 1-11 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Les opérations du présent contrat s'inscrivent dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme conformément aux articles L561-1 et suivants du code monétaire et financier.

Dans ce cadre, l'Institution se réserve le droit de demander tout justificatif relatif à l'identification de l'entreprise ou à l'origine des fonds qui lui sont versés.

L'Institution procède à nouveau à l'identification de l'entreprise lorsqu'elle a de bonnes raisons de penser que l'identité et les éléments d'identification précédemment obtenus ne sont plus exacts ou pertinents, conformément à l'article R561-11 du Code monétaire et financier.

L'entreprise adhérente doit informer l'Institution en cas d'évolution de sa structure juridique, en cas de changement de dirigeant ou en cas de survenance de tout autre événement de nature à faire évoluer son identification.

Article 1-12 OBLIGATIONS DE L'INSTITUTION

L'Institution s'engage à établir une Notice d'information détaillée qui définit notamment les garanties prévues par le présent contrat et les modalités d'application.

Article 1–13

OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHERENTE

1-13-1 – A l'égard du participant

L'entreprise adhérente doit conformément aux dispositions de l'article L. 932-6 du code de la Sécurité sociale :

- remettre à chaque participant la Notice d'information établie par l'Institution et prévue à l'article précédent ;
- avertir par écrit les participants des modifications apportées à leurs droits et obligations suite à une révision du régime avant la prise d'effet de la modification ;
- prévenir les participants lorsqu'ils sortent du groupe assuré des conditions dans lesquelles ils peuvent bénéficier de la portabilité et du maintien des garanties sous forme de contrat individuel prévus aux articles 4-7 et 4-8 des présentes Conditions Générales.

La preuve de la remise de la notice d'information au participant et de toutes modifications contractuelles incombe à l'entreprise adhérente.

1-13-2 – A l'égard de l'Institution

L'entreprise adhérente s'oblige:

- à affilier l'ensemble des participants appartenant au groupe assuré ;
- à verser les cotisations selon les modalités définies ci-après ;
- à répondre aux questions de l'Institution ou de la caisse de MSA relatives à l'application du contrat ;
- à fournir à l'Institution les éléments nécessaires à la gestion du présent contrat, notamment les entrées et les sorties du personnel.

L'entreprise adhérente devra respecter le dispositif légal relatif à la Déclaration Sociale Nominative (DSN). Pour la gestion du présent contrat, l'entreprise adhérente s'engage, notamment, à compléter la dite déclaration des données de paramétrage transmises par la caisse de MSA.

Article 1–14

OBLIGATIONS DU PARTICIPANT

Chaque participant s'oblige :

- à accepter le précompte des cotisations obligatoire et, le cas échéant, le règlement de l'extension famille et/ou des garanties optionnelles ;
- à fournir à l'Institution les renseignements nécessaires à l'établissement de ses droits et obligations, soit par l'intermédiaire de l'entreprise adhérente, soit directement (notamment en cas de maintien des garanties sous forme de contrat individuel dans les conditions prévues à l'article 4–8) ;
- à transmettre à l'Institution le bulletin d'affiliation dûment complété et signé, accompagné des pièces justificatives.

Article 1–15

LOI APPLICABLE ET JURIDICTION

Le présent contrat ainsi que les relations précontractuelles sont régies par la loi française à laquelle les parties déclarent se soumettre. Tout litige né de l'exécution, de

l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

La langue française est utilisée pour le présent contrat.

TITRE 2 GARANTIE CONVENTIONNELLE

Article 2-1 ADHESION DE L'ENTREPRISE AU CONTRAT

2-1-1 – Champ d'application du contrat

Peuvent adhérer au présent contrat, les entreprises entrant dans le champ d'application de l'**accord du 2 février 2011** et ses avenants mis en place par les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale des Caves Coopératives Vinicoles et leurs unions du 22 avril 1986.

2-1-2 – Modalités d'adhésion des entreprises

CCPMA PREVOYANCE procède à l'enregistrement de l'adhésion des entreprises entrant dans le champ d'application ou appliquant volontairement de l'Accord du 2 février 2011 et ses avenants.

L'entreprise qui adhère au présent contrat est dénommée ci-après « **entreprise adhérente** ».

Article 2-2 PRISE D'EFFET, DUREE ET RESILIATION DU CONTRAT

2-2-1 – Prise d'effet

Le présent contrat prend effet à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion.

Toutefois, d'un commun accord, la date de prise d'effet peut être fixée à une date ultérieure, le 1^{er} jour d'un mois civil. Cette date sera alors précisée sur le Bulletin d'adhésion.

2-2-2 – Durée

Le présent contrat expire au 31 décembre de l'année en cours et se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année civile.

2-2-3 – Résiliation

Le présent contrat peut être résilié par l'entreprise adhérente ou par l'Institution au 31 décembre de chaque année civile.

La résiliation de l'adhésion au présent contrat par l'entreprise s'effectue par l'envoi à l'Institution d'une lettre recommandée au moins 2 mois avant la date d'échéance, le cachet de la poste faisant foi du respect du délai de préavis.

La résiliation du contrat par l'Institution s'effectue dans les mêmes conditions.

En tout état de cause, la résiliation du présent contrat emporte la résiliation des garanties du socle obligatoire conventionnel, des garanties optionnelles et/ou de l'extension des garanties éventuellement souscrites par l'entreprise ou le participant.

Article 2-3 REVISION DU CONTRAT

Les dispositions de la présente notice sont établies en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de signature de l'avenant n°6 du 9 juin 2016 à l'Accord du 2 février 2011, notamment celles applicables au régime de base de Sécurité sociale en ce qui concerne les bases et taux de remboursement.

En cas de changement de la législation ou de la réglementation précitée postérieurement à cette date, nécessitant une modification des dispositions du présent contrat, notamment lorsque la révision est motivée par la nécessité de conserver au contrat son caractère « responsable », une concertation devra être engagée avec la commission paritaire de suivi de l'Accord du 2 février 2011 et le cas échéant faire l'objet d'un avenant audit accord. Dans cette hypothèse, l'Institution informera l'entreprise adhérente des modifications nécessaires au maintien du caractère « responsable » du contrat.

Par ailleurs, en fonction des résultats du régime, et sur proposition de l'Institution, les partenaires sociaux signataires de l'Accord du 2 février 2011 pourront procéder à une révision tarifaire ou à une modification des garanties par conclusion d'un avenant.

Toute contribution, participation, taxe ou majoration de taxe qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite, pourrait, après concertation avec les partenaires sociaux de l'Accord du 2 février 2011 et conclusion d'un avenant, être mise à la charge de l'entreprise adhérente et/ou des participants et payable en même temps que la cotisation.

Article 2-4 GROUPE ASSURE

Le groupe assuré est constitué par l'ensemble des salariés des entreprises adhérentes, **sans condition d'ancienneté.**

Dès l'entrée dans le groupe assuré, le salarié est dénommé ci-après « **participant** ».

Article 2-5 AFFILIATION ET ADMISSION DANS L'ASSURANCE

L'affiliation des participants et, le cas échéant, de leurs ayants droit s'effectue sans questionnaire et sans examen médical préalable.

L'affiliation et l'admission dans l'assurance du participant prennent effet :

- à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat, lorsque l'intéressé est inscrit sur les registres du personnel et qu'il fait partie du groupe assuré ;

- à compter du 1^{er} jour du mois d'embauche du participant, lorsqu'il est engagé postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat.

TITRE 3

GARANTIES OPTIONNELLES PROPOSEES A L'ENTREPRISE

Article 3-1

ADHESION DE L'ENTREPRISE

3-1-1 – « Option 1 » ou « Option 2 »

L'entreprise adhérente peut choisir d'améliorer, **à titre obligatoire**, le niveau des garanties de la formule de base (socle conventionnel), par la souscription de l'« **Option1** » ou l'« **Option2** ».

L'entreprise adhérente doit le préciser en remplissant et signant le Bulletin d'Adhésion, qu'elle transmet ensuite à l'Institution.

3-1-2 - Extension famille

L'entreprise adhérente peut également choisir d'étendre, **à titre obligatoire**, le niveau des garanties du salarié à ses ayants droits, par la souscription de « **l'extension famille** ».

L'entreprise adhérente doit le préciser en remplissant et signant le Bulletin d'Adhésion qu'elle transmet ensuite à l'Institution.

Si la formule extension famille est choisie, le salarié et ses ayants droit doivent avoir le même niveau de garantie (garantie conventionnelle seule ou garantie conventionnelle et « Option1 » ou « Option2 »).

Lorsque l'« Option 1 » ou l'« Option 2 » ainsi que l'extension famille ne font pas l'objet d'une souscription obligatoire par l'entreprise, ils sont automatiquement ouverte à l'affiliation du participant qui peut y souscrire à titre facultatif, tel que précisé au Titre 4 « Garanties optionnelles proposées au salarié ».

Article 3-2

BENEFICIAIRES DES GARANTIES

Les garanties sont accordées :

- au participant appartenant au groupe assuré ;
- en cas d'extension familiale, à l'ensemble de ses ayants droit, tels que définis à l'annexe 1 des présentes Conditions Générales.

Article 3-3

PRISE D'EFFET / MODIFICATION / RESILIATION

3-3-1 – Prise d'effet

La prise d'effet de l'« **Option 1** » ou l'« **Option 2** » et/ou « l'extension famille » est précisée sur le Certificat d'adhésion.

L'entreprise adhérente qui souscrit l'« **Option 1** » ou l'« **Option 2** » et/ou « l'extension famille » doit obligatoirement affilier à ce niveau et/ou à cette extension l'ensemble des salariés constituant le groupe assuré.

3-3-2 – Affiliation et admission

L'affiliation et l'admission aux garanties optionnelles du participant et de ses ayants droit éventuels en cas de souscription de « l'extension famille », définis à l'annexe 1, prennent effet :

- à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise à l'« **Option 1** » ou l'« **Option 2** » et/ou à « l'extension famille », lorsque l'intéressé est inscrit sur les registres du personnel à cette date et qu'il fait partie du groupe assuré;
- à compter du 1^{er} jour du mois d'embauche du salarié, notamment lorsque le salarié est engagé postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise à l'« **Option 1** » ou l'« **Option 2** » et/ou à « l'extension famille » ;
- soit à la date de survenance de l'évènement en cas de changement dans la situation familiale du participant.

3-3-2 – Dérogation : cas de dispense d'affiliation

Les dispositions applicables en matière de dispense d'affiliation sont en tous points similaires à celles définies à l'art 6-2.

3-3-3 – Modification du niveau de couverture et/ou de l'extension famille

L'entreprise adhérente qui souhaite revenir sur ses choix initiaux lors de la souscription du présent contrat, peut en demander le changement, chaque année par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée à l'Institution, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

Ce nouveau choix d'option, formalisé par la signature d'un nouveau Bulletin d'adhésion, prend alors effet le 1^{er} janvier de l'année suivante.

Le cas échéant, le salarié doit remplir et signer un nouveau bulletin d'affiliation et le transmettre à l'Institution par le biais de son employeur.

3-3-4 – Résiliation de l'« Option 1 » ou de l'« Option 2 » et/ou de l'extension famille

L'entreprise adhérente a la possibilité de résilier son adhésion à l'« **Option 1** » ou l'« **Option 2** » et/ou à « l'extension famille » au 31 décembre de chaque année civile.

Cette résiliation s'effectue par lettre recommandée avec accusé de réception, sous un préavis de deux mois, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours pour que l'« Option 1 » ou l'« Option 2 » et/ou « l'extension famille » cesse de produire ses effets au 31 décembre de cette même année. Les garanties obligatoires du socle conventionnel restent applicables.

En cas de résiliation de l'« **Option 1** » ou l'« **Option 2** » et/ou de « l'extension famille », toute nouvelle demande d'adhésion de l'entreprise ne peut intervenir au plus tôt qu'à l'expiration d'un délai d'un an.

Article 3-4

REVISION

Les dispositions du contrat sont établies en fonction de la législation et de la réglementation de la Sécurité sociale, notamment des bases et taux de remboursement des régimes sociaux obligatoires en vigueur à la date d'effet du contrat.

En cas de changement de la législation ou de la réglementation suscitée, CCPMA PREVOYANCE se réserve le droit, de modifier les cotisations et le niveau des garanties optionnelles du présent contrat.

L'entreprise adhérente peut refuser ces modifications dans le mois qui suit la notification des nouvelles conditions et demander la résiliation des garanties optionnelles du présent contrat, par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

La résiliation des garanties optionnelles prend alors effet le 1er jour du mois civil suivant la date figurant sur l'accusé de réception.

TITRE 4 GARANTIES OPTIONNELLES PROPOSEES AU SALARIE

Article 4-1

AFFILIATION DU PARTICIPANT A L'« OPTION 1 » OU L'« OPTION 2 » ET/OU A « L'EXTENSION FAMILLE »

Lorsque son entreprise n'a pas choisi de souscrire à l'« **Option 1** » ou l'« **Option 2** » et/ou « l'extension famille » à titre collectif et obligatoire, le participant a la possibilité de souscrire à ce niveau et/ou cette extension à titre facultatif :

- au moment de son affiliation au présent contrat, il sera alors couvert à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception du bulletin d'affiliation ;
- annuellement, au plus tard le 30 novembre de chaque année, il sera alors couvert le 1^{er} janvier de l'année qui suit celle de sa demande ;
- ou, pour « l'extension famille » uniquement, à la date de survenance de l'événement en cas de changement dans la situation familiale du participant ou de la modification de la situation professionnelle de son conjoint. Les ayants droit sont alors admis dans l'assurance à compter du jour de l'évènement.

Si l'extension famille a été souscrite en parallèle à l'« Option1 » ou l'« option2 » elle s'applique alors à tous les bénéficiaires.

Cette demande est formalisée par l'imprimé « Bulletin d'affiliation » dûment complété par le participant.

Lors de toute modification de sa situation familiale, le participant devra remplir et signer un nouveau bulletin d'affiliation.

Article 4-2

RESILIATION PAR LE PARTICIPANT DE L'« OPTION 1 » OU L'« OPTION 2 » ET/OU DE « L'EXTENSION FAMILLE »

Le participant a la faculté de résilier l'« Option1 » ou à l'« Option2 » et/ou « l'extension famille » souscrits à titre facultatif:

- annuellement, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Institution, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La résiliation prend alors effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.
- en cours d'année, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Institution, dans les 30 jours qui suivent l'évènement (changement dans la situation familiale du participant ou de la modification de la situation professionnelle de son conjoint). La résiliation prend alors effet à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit l'évènement.

En cas de résiliation, toute nouvelle demande d'affiliation à l' « Option1 » ou à l'« Option2 » ou à « l'extension facultative » ne peut intervenir au plus tôt qu'à l'expiration d'un délai de deux ans.

Il ne sera dérogé à cette durée de deux ans qu'en cas de changement de situation familiale ou de modification de situation professionnelle du conjoint.

Article 4-3 COTISATIONS

1 – « Option1 » ou « Option2 » :

Si le participant a choisi d'adhérer de manière facultative à l' « Option1 » ou à l'« Option2 », il lui sera appliqué une cotisation additionnelle dont le montant est précisé au Barème des cotisations.

2 - Extension famille :

Si le participant a choisi d'étendre les garanties de son assurance complémentaire frais de santé au profit de ses ayants droit dans le cadre d'une « extension famille », le niveau de garantie choisi doit être le même pour lui-même et sa famille.

Les cotisations additionnelles relatives à l'« **Option 1** » ou l'« **Option 2** » et/ou à « l'extension famille », sont entièrement à la charge du participant. Elles sont directement précomptées par son employeur.

Article 4-4 REVISION

Les dispositions du contrat sont établies en fonction de la législation et de la réglementation de la Sécurité sociale, notamment des bases et taux de remboursement des régimes sociaux obligatoires en vigueur à la date d'effet du contrat

En cas de changement de la législation ou de la réglementation suscitée, CCPMA PREVOYANCE se réserve le droit, de modifier les cotisations et le niveau des garanties optionnelles du présent contrat souscrites à titre facultatif.

Le participant peut refuser ces modifications dans le mois qui suit la notification des nouvelles conditions et demander la résiliation des garanties optionnelles du présent contrat souscrites à titre facultatif, par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

La résiliation prend alors effet le 1^{er} jour du mois civil suivant la date figurant sur l'accusé de réception.

TITRE 5 COTISATIONS

Article 5-1 STRUCTURE TARIFAIRE

La structure tarifaire du présent contrat est définie comme suit :

- **Isolé/Famille** obligatoire: couvre le participant et ses ayants droit à titre obligatoire si l'employeur a décidé d'entendre la couverture aux ayants droit.
- **Isolé famille facultative** : vous le participant à titre obligatoire. Les ayant droit du participant ont la possibilité d'être couverts sous réserve que vous souscriviez à l'extension.

Article 5-2 MONTANT DES COTISATIONS

Les garanties du présent contrat sont accordées aux participants, et le cas échéant, à ses ayants droit, moyennant le paiement de cotisations fixées en pourcentage du plafond mensuel de Sécurité sociale (PMSS).

En cas de souscription dans un cadre collectif obligatoire, les garanties sont accordées moyennant une répartition des cotisations entre l'employeur et les salariés.

En cas de souscription par le participant dans un cadre facultatif, les garanties sont accordées moyennant une prise en charge totale des cotisations par le salarié.

Le montant des cotisations est précisé au Barème des cotisations.

La cotisation est due dans son intégralité pour tout mois commencé, notamment en cas d'entrée du participant dans le groupe assuré, de suspension du contrat de travail ou de rupture du contrat de travail en cours de mois.

Afin de maintenir l'équilibre du régime et sur proposition de l'Institution, les partenaires sociaux pourront être amenés à modifier les montants des cotisations.

Article 5-3 MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont dues à compter du 1^{er} jour du mois de l'entrée en vigueur de la garantie, telle que précisée à l'article précédent.

Ces cotisations doivent être réglées trimestriellement. Elles sont exigibles le premier jour du mois suivant le trimestre civil auquel elles se rapportent.

Le versement des cotisations à l'Institution est de la seule responsabilité de l'entreprise adhérente, qui procède au précompte de l'ensemble des cotisations conventionnelles et optionnelles sur les bulletins de salaires, et doit être effectué avant la date limite de paiement fixée le dernier jour du mois de son exigibilité.

A compter de la date d'entrée en vigueur de la DSN, les cotisations devront être versées mensuellement pour les entreprises de plus de 9 salariés et trimestriellement pour les entreprises de 9 salariés au plus.

Elles seront exigibles dès la date maximale de dépôt de la Déclaration Sociale Nominative (DSN) et doivent être réglées au plus tard dans les 15 jours qui suivent.

L'Institution procédera à une régularisation annuelle des cotisations sur la base des éléments fournis mensuellement par l'entreprise adhérente au début de l'exercice suivant.

Article 5-4

DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations qui n'ont pas été acquittées dans le délai imparti, sont de plein droit majorées selon un taux égal au taux de majoration de retard des régimes ARRCO/AGIRC.

A défaut de paiement des cotisations à la date limite de paiement, l'Institution adresse à l'entreprise adhérente une relance suivie d'une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de mise en demeure restée infructueuse, passé un délai de 30 jours, l'Institution pourra suspendre les garanties souscrites à titre facultatif, puis résilier le présent contrat, 10 jours plus tard.

Le contrat non résilié reprend effet à midi, le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

En tout état de cause, l'Institution peut poursuivre le recouvrement des cotisations par toutes voies de droit, les frais engagés étant à la charge de l'entreprise adhérente.

TITRE 6

DISPOSITIONS COMMUNES A L'ENSEMBLE DES GARANTIES

Article 6-1

ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES

6.1.1 – Pour le participant

Les garanties entrent en vigueur immédiatement, dès la prise d'effet de l'affiliation du participant, conformément aux dispositions de l'article 2-5 des présentes Conditions Générales.

6.1.2 – Pour les ayants droit du participant

Si elles sont souscrites à leur bénéfice, les garanties entrent en vigueur à l'égard des ayants droit immédiatement, dès leur admission dans l'assurance, conformément aux dispositions de l'article 2-5 des présentes Conditions Générales.

Article 6-2

DISPENSES D'AFFILIATION

Sans préjudice des cas de dispense d'ordre public prévus par les textes législatifs et réglementaires en vigueur, le participant appartenant au groupe assuré peut choisir de ne pas être affilié aux garanties mises en place à titre obligatoire dans l'entreprise dès lors qu'il relève de l'une des situations suivantes :

- s'il bénéficie de la CMU-C (couverture maladie universelle – complémentaire), jusqu'à la date à laquelle le participant cesse de bénéficier de cette couverture ;
- s'il bénéficie de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du Code de la Sécurité sociale, jusqu'à la date à laquelle le participant cesse de bénéficier de cette aide ;

- s'il est salarié sous contrat à durée déterminée ou travailleur saisonnier d'une durée au moins égale à douze mois, à condition de justifier d'une couverture santé souscrite par ailleurs. En revanche pour le salarié sous contrat à durée déterminée ou travailleur saisonnier d'une durée inférieure à douze mois, la dispense d'affiliation est de droit (pas de justificatifs à fournir à l'employeur).
- s'il bénéficie d'une couverture obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément (salarié à employeurs multiples);
- s'il est salarié à temps très partiel et n'ayant qu'un seul employeur, dès lors que la cotisation à sa charge serait supérieure ou égale à 10% de sa rémunération brute ;
- s'il est couvert à la date d'entrée en vigueur des garanties par une assurance complémentaire frais de santé en qualité d'ayant droit de son conjoint, concubin ou partenaire d'un pacte civil de solidarité, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui. La dispense d'affiliation cesse en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non renouvellement annuel de l'attestation, en cas de cessation du régime obligatoire du conjoint, ou à la demande du salarié.

La demande vaut pour la garantie conventionnelle et, le cas échéant, pour l'« Option1 » ou l'« Option2 » et/ou « l'extension famille » si ces derniers ont été mis en place à titre obligatoire dans l'entreprise.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que **sur demande expresse du participant concerné**.

Préalablement à la demande de dispense, l'employeur informe le participant des conséquences de son choix d'être dispensé. Dès lors, l'employeur doit indiquer au salarié qu'il n'est pas redevable de la cotisation frais de santé, qu'il ne bénéficiera pas des prestations, ni du droit à portabilité. Le salarié doit compléter le formulaire type mis à sa disposition par son employeur prenant la forme d'une déclaration sur l'honneur indiquant notamment que le salarié reconnaît avoir été informé en bonne et due forme. Lorsque la dispense prend fin ou n'est pas renouvelée, l'entreprise adhérente doit informer l'Institution dans les plus brefs délais.

Article 6-3 MONTANT DES GARANTIES

Le présent contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits « responsables » institué par la loi n°2004-810 du 8 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures.

En cas de modifications législatives et/ou réglementaires, les remboursements seront révisés dans les conditions et délais fixés par les textes.

Les remboursements garantis par le présent contrat s'effectuent, poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la Classification Commune des Actes Médicaux, **dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues au tableau des garanties figurant à l'Annexe aux Conditions Générales.**

Les prestations sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité Sociale ou en euros. Les forfaits exprimés en euros s'entendent par bénéficiaire et par année civile, c'est-à-dire du 1^{er} janvier au 31 décembre. Les prestations optique « équipement, verres et monture » sont limités à un équipement (2 verres et une monture) toutes les 2 années décomptées à partir de la date d'acquisition

de l'équipement. Ce délai est réduit à un an en cas d'évolution de la vue ou pour les enfants âgés de moins de 18 ans.

Article 6-4

LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIES

De manière générale, ne sont pas pris en charge :

- **les frais engagés au titre d'actes exécutés avant la prise d'effet ou après la cessation des garanties ;**
- **les frais de santé résultant d'actes qui, bien qu'inscrits à la nomenclature des actes professionnels, ne sont pas pris en charge par le régime de base, sauf exceptions prévues au tableau des garanties figurant à l'Annexe aux présentes Conditions Générales ;**
- **les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L322-2 du code de la Sécurité sociale.**

En cas d'assurances cumulatives, les remboursements du régime de base, de l'Institution et de tout autre organisme ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le participant peut obtenir remboursement de ses frais en s'adressant à l'organisme de son choix.

Le participant doit faire la déclaration de ses assurances cumulatives. Cette obligation est valable pendant toute la durée de l'affiliation au présent contrat.

Article 6-5

CONTROLE DES PRESTATIONS

En cas de suspicion de fraude aux prestations, l'Institution se réserve la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales, et/ou de demander toutes autres justifications qui lui paraîtraient nécessaires, notamment les prescriptions médicales et les factures détaillées.

En cas de récupération de la part du régime de base, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, l'Institution se réserve le droit de récupérer toutes prestations indûment réglées au participant.

Article 6-6

ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'exercent en France et à l'étranger quel que soit le pays dans lequel les dépenses de santé ont été engagées, dans la mesure où elles font l'objet d'un remboursement de la part du régime de base de Sécurité sociale français.

Par exception, les prestations visées au présent contrat, et pour lesquelles il n'y a pas de prise en charge au titre du régime de base de Sécurité sociale français, ne sont prises en charge qu'à condition d'avoir été effectuées en France.

Article 6–7

DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

En cas de suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à 1 mois civil d'arrêt complet, l'affiliation du participant pourra être maintenue dans les cas suivants :

1 - En cas de suspension du contrat de travail avec un maintien de salaire total ou partiel ou versement d'indemnités journalières complémentaires

Les garanties sont maintenues au participant en arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident d'origine professionnelle ou non, ou de maternité :

Ce maintien s'effectue, tant que dure le maintien de salaire total ou partiel ainsi que le versement d'indemnités journalières complémentaires, sur les mêmes bases que celles prévues pour les participants exerçant leur activité professionnelle : mêmes prestations et mêmes cotisations (part salariale et part patronale) appelées à l'employeur.

2 - En cas de suspension du contrat de travail, sans versement de salaire total ou partiel par l'entreprise adhérente ni versement d'indemnités journalières complémentaires

En application de l'Accord du 2 février 2011 et conformément aux dispositions de l'article précédent, les garanties du présent contrat pourront être maintenues au participant, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire, lorsque les deux conditions suivantes sont remplies :

- absence de versement de salaire par l'entreprise adhérente ;
- suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à un mois civil.

Pour être recevable, la demande de maintien doit parvenir à l'Institution au plus tard un mois après la cessation de l'affiliation au présent contrat.

L'entreprise adhérente doit pour cela informer l'Institution en communiquant les nom, prénom, numéro de Sécurité sociale, la date et le motif de la suspension du contrat de travail de l'intéressé.

Les garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du présent contrat collectif, sous réserve du paiement intégral par le participant des cotisations (part patronale et part salariale) depuis cette date.

En l'absence de demande de maintien, les garanties cessent le dernier jour du mois civil pour lequel la cotisation a été versée par l'entreprise adhérente.

A défaut d'information auprès de l'Institution par l'entreprise adhérente concernant le participant en situation de suspension de contrat de travail, le versement de prestations complémentaires frais de santé durant cette période impliquera le paiement intégral des cotisations correspondantes par l'entreprise adhérente

Article 6–8

CESSATION DE L’AFFILIATION

6.8.1 – du participant

L'affiliation du participant au contrat cesse :

- à la date à laquelle il cesse d'appartenir au groupe assuré, tel que défini à l'article 2-4 ;
- à la date de rupture de son contrat de travail, quel qu'en soit le motif, étant précisé qu'en ce qui concerne le participant bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul emploi-retraite, il s'agit de la date de rupture de son contrat de travail au titre de l'activité cumulée avec sa retraite.

6.8.2 – des ayants droit

Outre les cas de dénonciation prévus à l'article 2-5-2 des présentes Conditions Générales, l'affiliation des ayants droit prend fin :

- à la date de cessation de l'affiliation du participant ;
- lorsqu'ils perdent la qualité d'ayants droit au sens du Titre 5 des présentes Conditions Générales.

Article 6–9

CESSATION DES GARANTIES

Sans préjudice du droit à portabilité, les garanties cessent à la fin du mois au cours duquel intervient :

- la cessation de l'affiliation du participant et/ou de ses ayants droit dans les conditions prévues à l'article 6-8-1 et 6-8-2 des présentes Conditions Générales.
- la résiliation du présent contrat par l'entreprise adhérente ou par l'Institution.

Article 6–10

PORTABILITE DES DROITS

En cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, les anciens salariés bénéficient du maintien des garanties frais de santé prévue par le présent contrat en application de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale et ce, pour toute notification de rupture intervenue à compter de la date d'effet du présent contrat.

L'entreprise disposant préalablement à l'entrée en vigueur du présent contrat, d'une garantie frais de santé doit, dans un délai de 30 jours suivant la souscription du contrat, informer CCPMA PREVOYANCE de l'existence des anciens salariés susceptibles d'ouvrir droit à la portabilité.

Le bénéfice du maintien des garanties frais de santé est acquis sans versement de cotisation durant la période de portabilité, le financement de ce maintien étant inclus dans la cotisation des actifs.

6.10.1- Bénéficiaires

Continuent à bénéficier des garanties frais de santé, qui les couvrait en tant qu'actifs, les anciens salariés de l'entreprise adhérente, dont le contrat de travail a été rompu et remplissant les conditions suivantes :

- ouvrir droit à indemnisation par le régime de l'assurance chômage ;
- avoir été affilié et ouvrir droit à la garantie frais de santé avant la rupture de leur contrat de travail.

Le bénéfice de cette couverture est étendu aux ayants droit de l'ancien salarié s'ils étaient déjà couverts avant la rupture du contrat de travail de ce dernier.

6.10.2- Ouverture et durée des droits à portabilité

L'ancien salarié a acquis la possibilité de se voir ouvrir, sous conditions, des droits à prestations frais de santé au titre de la portabilité à compter de la date de rupture effective de son contrat de travail.

La durée du maintien des garanties frais de santé est égale à la durée du dernier contrat de travail de l'ancien salarié ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail de l'intéressé lorsqu'ils sont consécutifs dans l'entreprise adhérente.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite maximale de 12 mois.

6.10.3- Obligations de l'entreprise adhérente

L'entreprise adhérente doit informer CCPMA PREVOYANCE de la cessation du contrat de travail du salarié susceptible d'ouvrir droit à la portabilité de la garantie frais de santé.

6.10.4- Obligations de l'ancien salarié

L'ancien salarié doit justifier auprès de CCPMA PREVOYANCE à l'ouverture ainsi qu'au cours de la période de portabilité qu'il remplit les conditions requises.

A ce titre, l'ancien salarié doit fournir une copie de son certificat de travail et de l'attestation de prise en charge par l'assurance chômage.

Chaque mois, l'ancien salarié doit adresser une copie des attestations de paiement de Pôle emploi.

L'ancien salarié doit informer CCPMA PREVOYANCE de la cessation du versement des allocations chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité.

6.10.5- Prestations

Les prestations des garanties frais de santé pour les bénéficiaires de la portabilité sont identiques à celles définies par le présent contrat pour les salariés en activité.

Toute modification de ces prestations intervenant au cours de la période de portabilité est applicable aux bénéficiaires du maintien des garanties frais de santé.

6.10.6- Cessation de la portabilité

Le maintien des garanties frais de santé cesse au plus tard 12 mois après la date de rupture du contrat de travail de l'ancien salarié et, en tout état de cause :

- à la fin de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit si elle est inférieure à 12 mois ;
- à la date de reprise d'une activité professionnelle par l'ancien salarié ;
- à la date de cessation du versement des allocations chômage ;
- à la fin du mois du décès de l'ancien salarié ;
- en cas de résiliation du présent contrat par l'entreprise adhérente.

En cas de changement d'organisme assureur, le nouvel assureur doit prendre en charge les bénéficiaires de la portabilité à compter de la date d'effet du nouveau contrat collectif.

Article 6–11 MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL

1 - Au participant, en cas de rupture du contrat de travail

En application **de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin »**, l'Institution proposera aux participants, dans les 2 mois qui suivent la date de cessation de leur contrat de travail ou la date de fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits, le maintien de leur couverture correspondant au niveau des garanties et à la structure tarifaire choisis à titre obligatoire par l'entreprise dans le cadre d'une adhésion à un **contrat individuel**, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire, sous réserve qu'ils répondent à l'une des conditions suivantes :

- être bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- être privés d'emploi et bénéficier d'un revenu de remplacement ;
- être en rupture de contrat de travail et être bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité et percevoir à ce titre des prestations en espèces de leur régime de base obligatoire.

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à l'Institution au plus tard six mois après la rupture du contrat de travail du participant ou, le cas échéant, de la fin de la période de la portabilité.

Les garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du présent contrat collectif, sous réserve du paiement par le participant des cotisations depuis cette date.

En application du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les tarifs applicables aux anciens salariés ne pourront être supérieurs de plus de 50 % du tarif en vigueur pour les participants actifs.

2 - Aux ayants droit d'un participant décédé

En application **de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin »**, l'Institution proposera aux ayants droit d'un participant décédé inscrits au contrat, dans les 2 mois qui suivent la date de cessation des garanties, le maintien de la couverture correspondant au niveau des garanties et à la structure tarifaire choisis à titre obligatoire par l'entreprise dans le cadre d'une adhésion à un **contrat individuel**, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire.

Les ayants droit concernés devront toutefois justifier qu'ils ont droit aux prestations en nature du régime social de base à titre obligatoire ou personnel..

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à l'Institution au plus tard 6 mois après le décès du participant .

Les garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du présent contrat collectif, sous réserve du paiement par les ayants droit des cotisations depuis cette date.

Ces garanties sont maintenues pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès.

En application du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les tarifs applicables aux anciens salariés ne pourront être supérieurs de plus de 50 % du tarif en vigueur pour les participants actifs.

ANNEXE 1 - DEFINITIONS

1 - Définitions des intervenants au contrat

AYANTS DROIT

Sont considérés comme ayants droit du participant au sens dudit contrat :

- **le conjoint** : la personne mariée avec le participant et non séparé de corps ;

Sont assimilés au conjoint :

- **le cocontractant d'un PACS** : est assimilé au conjoint, la personne qui a conclu un Pacte Civil de Solidarité avec le participant ;
- **le concubin** : il faut entendre la personne vivant en concubinage, selon les dispositions de l'article 515-8 du Code civil, avec le salarié depuis au moins deux ans sous réserve que le salarié soit libre au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de PACS. Toutefois, la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'au moins un enfant est né de l'union ou a été adopté.

- **les enfants à charge** :

Par « enfant », il faut entendre :

- les enfants du salarié (légitimes, adoptés, reconnus, nés ou à naître) ;
- les enfants recueillis par le participant et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue ;
- les enfants qui ont été élevés par le participant pendant neuf ans au moins avant leur 16^{ème} anniversaire ;
- les enfants dont la qualité d'ayant droit du participant aura été reconnue par le régime de base de Sécurité sociale.

Sont considérés comme « enfants à charge » :

- tous les enfants âgés de moins de 21 ans ;
- tous les enfants âgés de moins de 28 ans s'ils sont étudiants, apprentis ou demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi et non indemnisés au titre du régime de l'assurance chômage ;
- tous les enfants invalides au sens de la législation sociale, quel que soit leur âge, à condition que leur état d'invalidité ait été constaté avant leur 21ème anniversaire.

Changement de situation familiale

Sont considérés comme constituant un changement dans la situation familiale du participant, les événements suivants :

- mariage, concubinage, PACS ;
- divorce, séparation de corps, rupture des relations de concubinage, dissolution du PACS ;
- naissance ou adoption d'un enfant ;
- perte de la qualité d'enfant à charge ;
- décès d'un enfant à charge ou du conjoint.

En cas d'adoption, de séparation de corps ou de divorce, la date de l'évènement à prendre en compte est celle du prononcé du jugement.

En cas de conclusion ou de dissolution d'un PACS, la date de l'évènement à prendre en compte est celle de l'inscription sur le registre établi à cet effet au tribunal d'instance du lieu de résidence commune.

Modification de la situation professionnelle du conjoint, du cocontractant d'un PACS ou du concubin

On entend par changement intervenant dans la vie professionnelle du conjoint, du cocontractant d'un PACS ou du concubin au sens du présent contrat, l'embauche, la rupture du contrat de travail à l'initiative du salarié ou de l'employeur (démission, licenciement, préretraite, retraite), la mise en place ou la suppression d'une couverture frais de santé obligatoire dans l'entreprise.

ENTREPRISE ADHERENTE

L'employeur ayant souscrit le présent contrat collectif.

PARTICIPANT

Membre du personnel salarié de l'entreprise adhérente appartenant à la catégorie bénéficiaire définie au contrat.

2 - Définitions des termes propres au contrat

Contrat d'accès aux soins (CAS)

Contrat négocié au niveau national entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins signataires de la convention médicale visant à modérer les dépassements d'honoraires.

Dépassement d'honoraires

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement du régime de base et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

En cas de dépassement d'honoraires d'un médecin non adhérent au contrat d'accès aux soins, le remboursement complémentaire est plafonné conformément au décret du 18 novembre 2014.

Forfait actes lourds

Participant forfaitaire de 18€ qui n'est pas remboursée par le régime de base (sauf régime Alsace-Moselle), qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé, dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'Etat.

Forfait journalier hospitalier

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

Les définitions ci-dessous ont pour but d'aider les personnes assurées par le contrat à mieux comprendre les garanties dont ils bénéficient au titre du présent contrat complémentaire santé.

Toutefois, si le participant souhaite obtenir des informations complémentaires, les organismes d'assurance maladie complémentaires réunis au sein de l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire) ont élaboré divers documents permettant de mieux comprendre les contrats complémentaire santé et notamment un glossaire définissant de façon détaillée les soins et prestations effectués par les professionnels de santé, les conditions et modalités de remboursement éventuel de ces soins et prestations par les Régimes obligatoires de protection sociale et/ou par les complémentaires santé.

Ces documents peuvent être librement consultés sur le site internet de l'UNOCAM, à l'adresse suivante :

<http://www.unocam.fr>

AN (PAR AN) :	La mention « par an » utilisée dans le libellé des dispositions contractuelles signifie « par année civile ».
AUXILIAIRES MÉDICAUX :	Professionnels paramédicaux (à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, ...) dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par le Régime obligatoire de protection sociale. Synonyme : professionnel paramédical
BASE DE REMBOURSEMENT (BR) :	Tarif servant de référence au Régime obligatoire de protection sociale pour déterminer le montant de son remboursement. On distingue : <ul style="list-style-type: none"> - le Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession. - le Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au Tarif de convention. - le Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux. <p>Il est précisé que lorsque les frais sont engagés à l'étranger, le remboursement de l'Institution est déterminé en fonction de la base de remboursement de la Mutualité Sociale Agricole.</p> <p>Synonymes : base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.</p>
CONTRAT « RESPONSABLE » :	Contrat santé ne couvrant pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale et répondant à l'ensemble des conditions mentionnées par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et par tout texte ultérieur pris par les Pouvoirs Publics pour son application (notamment les articles R. 871-1 et R. 871-2 de ce même code).
CONTRAT « SOLIDAIRE » :	Contrat santé dont les cotisations ne sont pas déterminées en fonction de l'état de santé de l'assuré.
FORFAIT :	Somme utilisable en une ou plusieurs fois jusqu'à épuisement au cours d'une période donnée.
DEVIS :	Devis établis par les professionnels de santé Document établi par les professionnels de santé, présentant les soins ou les prestations proposés et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation. Devis établi par l'institution au titre du présent contrat Calcul par l'institution, des éventuelles prestations en nature du Régime obligatoire

de protection sociale et du remboursement dû au titre du présent contrat, permettant au participant de déterminer le montant des frais restant à sa charge pour les postes Optique et Dentaire.

FRAIS REELS :

Pour l'application des dispositions du présent contrat, ce terme désigne :

- soit le montant des dépenses effectivement engagées par le bénéficiaire des soins pour ses prestations de santé ; dans ce cas, ce terme est alors synonyme de « dépenses réelles ».
- soit les conditions de remboursement de certains frais ou actes par l'institution au titre du présent contrat ; lorsque pour certaines garanties, le présent contrat prévoit une prise en charge aux frais réels, l'institution calcule le montant de sa prestation en fonction du montant des frais réellement engagés pour les frais ou actes considérés et du montant des prestations en nature servies à ce titre par le Régime obligatoire de protection sociale. Toutefois, pour déterminer le montant de la prestation qu'elle doit effectivement verser, l'institution tiendra également compte de l'application éventuelle de franchises, participations forfaitaires d'1 euro ainsi qu'en cas de non respect du parcours de soins coordonnés, de l'application éventuelle de dépassements d'honoraires pratiqués à ce titre par certains professionnels de santé et/ou majorations de ticket modérateur appliquées à titre de sanction par le Régime obligatoire de protection sociale et que la législation sur les complémentaires santé « responsables » lui interdit de prendre en charge.

FRAIS DE SANTE :

Frais médicaux, dentaires, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation engagés par un assuré.

HOSPITALISATION :

Séjour dans un établissement de santé (public ou privé) en vue du traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

MALADIE :

Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

MATERNITÉ :

Grossesse non pathologique, accouchement et ses suites. La maternité n'est considérée ni comme une maladie, ni comme un accident.

MÉDECIN TRAITANT :

Médecin généraliste ou spécialiste choisi par l'assuré social ou par chaque ayant droit âgé de 16 ans ou plus, dont le nom est communiqué à l'organisme gestionnaire du Régime obligatoire de protection sociale de chacun des intéressés.

Il assure le premier niveau de recours aux soins en prenant directement en charge les soins courants du patient ainsi qu'une prévention personnalisée. Dans le cadre du parcours de soins, il coordonne les soins et oriente, si besoin est, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient également à jour le dossier médical du patient.

Voir également : médecin correspondant, médecin à accès direct autorisé, parcours de soins coordonnés.

MÉDECIN CORRESPONDANT :

Médecin intervenant en coordination avec le médecin traitant.

Il garantit le second niveau de recours au système de soins, notamment l'accès aux soins les plus spécialisés en répondant aux sollicitations du médecin traitant et en recevant les patients qui lui sont adressés dans des délais compatibles avec leur état de santé.

**MÉDECIN
À ACCÈS DIRECT AUTORISÉ :**

Pour certains actes précisés relevant de leur spécialité, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients âgés entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés sans orientation préalable du médecin traitant tout en restant dans le parcours de soins coordonnés.

NOMENCLATURE :

Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale et les conditions de leur

remboursement.

ORTHODONTIE :

Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes. Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations ou les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS :

Circuit que les patients doivent respecter (hors hospitalisation) pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursé normalement, sans application de sanctions. Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un Régime obligatoire de protection sociale âgés de plus de 16 ans.

Est considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés, le patient qui :

- consulte en premier lieu le médecin traitant qu'il a déclaré auprès du Régime obligatoire de protection sociale dont il bénéficie (ou son remplaçant)
- consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant » auquel il a été adressé par son médecin traitant.

Un patient est considéré comme étant toujours dans le parcours de soins, lorsque se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique de son lieu de résidence habituelle, ainsi que prévu à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, il consulte un autre médecin que son médecin traitant.

Lorsqu'un patient ne respecte pas le parcours de soins coordonnés, le remboursement du Régime obligatoire de protection sociale est alors diminué à titre de sanction. Cette différence n'est pas remboursée par les complémentaires santé « responsables ».

Voir également : médecin traitant, médecin correspondant, médecin à accès direct autorisé, contrat « responsable et solidaire »

RÉGIME OBLIGATOIRE DE PROTECTION SOCIALE :

Régime obligatoire de Sécurité sociale ou Mutualité sociale agricole ou tout autre régime spécial légalement obligatoire de garanties sociales de salariés, et éventuellement le régime de Sécurité sociale des Travailleurs non salariés pour le conjoint, partenaire ou concubin du participant ou le régime de la Sécurité sociale des étudiants pour les enfants à charge.

SOINS DE VILLE :

Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires...

Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations « en soins externes ») sont généralement considérées comme des soins de ville.

Synonymes : soins ambulatoires, soins externes, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires, frais ou soins médicaux courants

TICKET MODÉRATEUR :

Somme restant à la charge du patient susceptible de varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés.

Cette participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge, de l'état de santé ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations.

Ce ticket modérateur est égal à la différence entre la base de remboursement retenue par la Mutualité Sociale Agricole pour effectuer son remboursement et les prestations dues par cet organisme.

La participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale due par le patient ne sont pas prises en considération dans le calcul du ticket modérateur.

TIERS PAYANT :

Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par le Régime obligatoire de protection sociale et/ou les assureurs complémentaire santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient.

Synonyme : dispense d'avance des frais.

ANNEXE 2 – TABLEAUX DES GARANTIES

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées au contrats solidaires et responsables.

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L.322-2 du Code de la sécurité sociale.

Il répond également aux exigences du décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats responsables : prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier, planchers et plafonds pour les frais d'optique, plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS).

Tableaux des prestations santé – hors régime Alsace-Moselle

Les garanties de ce régime s'appliquent pour la France métropolitaine et les départements d'outre-mer hors régime local d'Alsace-Moselle. Chaque option prend en compte les niveau(x) inférieur(s).

Nature des risques	Remboursements du régime de base	Remboursements Sode obligatoire conventionnel	Remboursements Option 1*	Remboursements Option 2*
FRAIS MEDICAUX				
Honoraires de praticiens généralistes	70 % BR	30 % BR	30 % BR	30 % BR
Dépassements d'honoraires	-	-	-	-
-Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	-	-	70% BR	100% BR
-Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS) y compris non conv ⁽¹⁾	-	-	50% BR	80% BR
Honoraires de praticiens spécialistes	70 % BR	30 % BR	30 % BR	30 % BR
Dépassements d'honoraires	-	-	-	-
-Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	-	-	70% BR	200% BR
-Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS) y compris non conv ⁽¹⁾	-	-	50% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux	60 % BR	40% BR	40% BR	40% BR
Analyses, examens de laboratoires	60 % à 100 % BR	40 à 0 % BR	40 à 0 % BR	40 à 0 % BR
Sages-femmes	70 % BR	30 % BR	30 % BR	30 % BR
Radiologie, électroradiologie, imagerie et ostéodensitométrie	70 % BR	30 % BR	30 % BR	30 % BR
Autres actes médicaux (actes de prévention inclus) ⁽²⁾	35 à 70 % BR	65 à 30 % BR	65 à 30 % BR	65 à 30 % BR
PHARMACIE				
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65 % BR	35 % BR	35 % BR	35 % BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	30 % BR	70% BR	70% BR	70% BR
Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	85% BR	85% BR	85% BR
Médicaments prescrits non remboursés	-	-	-	40€/an
Vaccins prescrits non remboursés	-	-	-	40€/an
OPTIQUE				
Enfants de moins de 18 ans : équipement VERRES + MONTURE par bénéficiaire et par an avec un plafond maximum de 150€ pour la monture				
Equipe ment verres unifocaux ⁽⁴⁾	60 % BR	95% BR + 300€	95% BR + 350€	95% BR + 350€
Equipe ment verres mixtes ⁽⁴⁾	60 % BR	95% BR + 400€	95% BR + 450€	95% BR + 450€
Equipe ment verres multifocaux ⁽⁴⁾	60 % BR	95% BR + 400€	95% BR + 500€	95% BR + 500€
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	395% BR + 200€	395% BR + 250€	395% BR + 250€
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	200€	250€	250€
Adultes de plus de 18 ans : équipement VERRES + MONTURE par bénéficiaire et pour 2 ans⁽⁵⁾ à partir de la date d'acquisition de l'équipement avec un plafond maximum de 150€ pour la monture				
Equipe ment verres unifocaux ⁽⁴⁾	60 % BR	395% BR + 300€	395% BR + 350€	395% BR + 350€
Equipe ment verres mixtes ⁽⁴⁾	60 % BR	395% BR + 400€	395% BR + 450€	395% BR + 450€
Equipe ment verres multifocaux ⁽⁴⁾	60 % BR	395% BR + 400€	395% BR + 500€	395% BR + 500€
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	395% BR + 200€	395% BR + 250€	395% BR + 250€
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	200€	250€	250€
Chirurgie de l'œil	-	-	150€/œil	300€/œil
DENTAIRE				
Soins dentaires remboursés par le régime de base (y.c inlay/onlay)	70% BR	30% BR	30% BR	30% BR
Orthodontie remboursée par le régime de base	70 ou 100% BR	130 ou 100% BR	180 ou 150% BR	280 ou 250% BR
Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	-	-	300€/an/bénéficiaire
Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (y.c couronnes implantoportées)	70% BR	140% BR + 300€/an/bénéficiaire	250% BR + 300€/an/bénéficiaire	320% BR + 300€/an/bénéficiaire
Parodontologie	0 ou 70% BR	0 ou 30% BR	0 ou 30% BR	0 ou 30% BR + 200€
Implantologie (hors couronne implantoportée)	-	-	-	500€/an
APPAREILLAGE				
Prothèses auditives remboursées par le régime de base	60% BR	40 % BR	255% BR + 400€ par appareil	255% BR + 500€ par appareil
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses hors auditives	90 à 100% BR	10 ou 0 % BR	10 ou 0% BR	10 ou 0% BR
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE (HORS PSYCHIATRIE), MATERNITE (SECTEUR CONVENTIONNE OU NON)				
Frais de soins et de séjour	80 à 100% BR	20 ou 0% BR	-	20 ou 0% BR
Dépassements d'honoraires	-	-	-	-
-Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	-	150% BR	250% BR	300% BR
-Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS) y compris non conv ⁽¹⁾	-	100% BR	100% BR	100% BR
Chambre particulière max 90j/an/bénéficiaire	-	25€ /jour	25€ /jour	50€ /jour pendant 60 jours 75€/jour dès le 61 ^{ème} jour
Frais de lit d'accompagnant (enfant moins de 16 ans) – max 60j/an/bénéficiaire	-	25€/jour	25€/jour	30€/jour
Forfait hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE				
Frais de soins et de séjour	80 à 100% BR	20 ou 0% BR	-	20 ou 0% BR
Dépassements d'honoraires	-	-	-	-
-Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	-	-	-	200% BR
-Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS) y compris non conv ⁽¹⁾	-	-	-	100% BR
Forfait journalier hospitalier	-	100% BR	100%BR	100% BR
DIVERS				
Transport remboursé par le régime de base	65% BR	35% BR	35% BR	35% BR
Transport pour hospitalisation de jour	65% BR	35% BR	35% BR	35% BR + 150€/an/bénéficiaire
Prime de naissance	-	200€	200€	200€
Forfait actes lourds ⁽⁵⁾	-	100% FR	100% FR	100% FR
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, microkinésithérapie	-	80€/an/bénéficiaire	80€/an/bénéficiaire	100€/an/bénéficiaire

BR : base de remboursement. FR : frais réels.

Tableaux des prestations santé – régime Alsace-Moselle

Les garanties de ce régime s'appliquent pour la France métropolitaine et les départements d'outre-mer hors régime local d'Alsace-Moselle. Chaque option prend en compte les niveau(x) inférieur(s).

Nature des risques	Remboursements du régime de base	Remboursements Sode obligatoire conventionnel	Remboursements Option 1*	Remboursements Option 2*
FRAIS MEDICAUX				
Honoraires de praticiens généralistes	90 % BR	10 % BR	10 % BR	10 % BR
Dépassements d'honoraires	-	-	70% BR	100% BR
Actes adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	-	-	50% BR	80% BR
Actes non adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS) y compris non conv ⁽¹⁾	-	-	-	-
Honoraires de praticiens spécialistes	90 % BR	10 % BR	10 % BR	10 % BR
Dépassements d'honoraires	-	-	70% BR	200% BR
Actes adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	-	-	50% BR	100% BR
Actes non adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS) y compris non conv ⁽¹⁾	-	-	-	-
Auxiliaires médicaux	90 % BR	10% BR	10% BR	10% BR
Analyses, examens de laboratoires	90 % ou 100 % BR	10 ou 0 % BR	10 ou 0 % BR	10 ou 0 % BR
Sages-femmes	90 % BR	10 % BR	10 % BR	10 % BR
Radiologie, électroradiologie, imagerie et ostéodensitométrie	90 % BR	10 % BR	10 % BR	10 % BR
Autres actes médicaux (actes de prévention inclus) ⁽²⁾	90 % BR	10 % BR	10 % BR	10 % BR
PHARMACIE				
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	90% BR	10 % BR	10 % BR	10 % BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	80 % BR	20% BR	20% BR	20% BR
Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	85% BR	85% BR	85% BR
Médicaments prescrits non remboursés	-	-	-	40€/an
Vaccins prescrits non remboursés	-	-	-	40€/an
OPTIQUE				
Enfants de moins de 18 ans : équipement VERRES + MONTURE par bénéficiaire et par an avec un plafond maximum de 150€ pour la monture				
Équipement verres unifocaux ⁽⁴⁾	90 % BR	65% BR + 300€	65% BR + 350€	65% BR + 350€
Équipement verres mixtes ⁽⁴⁾	90 % BR	65% BR + 400€	65% BR + 450€	65% BR + 450€
Équipement verres multifocaux ⁽⁴⁾	90 % BR	65% BR + 400€	65% BR + 500€	65% BR + 500€
Lentilles remboursées par le régime de base	90 % BR	365% BR + 200€	365% BR + 250€	365% BR + 250€
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	200€	250€	250€
Adultes de plus de 18 ans : équipement VERRES + MONTURE par bénéficiaire et pour 2 ans⁽⁵⁾ à partir de la date d'acquisition de l'équipement avec un plafond maximum de 150€ pour la monture				
Équipement verres unifocaux ⁽⁴⁾	90 % BR	65% BR + 300€	65% BR + 350€	65% BR + 350€
Équipement verres mixtes ⁽⁴⁾	90 % BR	65% BR + 400€	65% BR + 450€	65% BR + 450€
Équipement verres multifocaux ⁽⁴⁾	90 % BR	65% BR + 400€	65% BR + 500€	65% BR + 500€
Lentilles remboursées par le régime de base	90 % BR	365% BR + 200€	365% BR + 250€	365% BR + 250€
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	200€	250€	250€
Chirurgie de l'œil	-	-	150€/œil	300€/œil
DENTAIRE				
Soins dentaires remboursés par le régime de base (y.c inlay/onlay)	90% BR	10% BR	10% BR	10% BR
Orthodontie remboursée par le régime de base	100% BR	130 ou 100% BR	150% BR	250% BR
Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	-	-	300€/an/bénéficiaire
Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (y.c couronnes implantoportées)	90% BR	120% BR + 300€/an/bénéficiaire	230% BR + 300€/an/bénéficiaire	300% BR + 300€/an/bénéficiaire
Parodontologie	0 ou 90% BR	0 ou 10% BR	0 ou 10% BR	0 ou 10% BR + 200€
Implantologie (hors couronne implantoportée)	-	-	-	500€/an
APPAREILLAGE				
Prothèses auditives remboursées par le régime de base	90% BR	10 % BR	225% BR + 400€ par appareil	225% BR + 500€ par appareil
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses hors auditives	90 à 100% BR	10 ou 0 % BR	10 ou 0% BR	10 ou 0% BR
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE (HORS PSYCHIATRIE), MATERNITE (SECTEUR CONVENTIONNE OU NON)				
Frais de soins et de séjour	80 à 100% BR	20 ou 0% BR	-	20 ou 0% BR
Dépassements d'honoraires	-	-	-	-
-Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	-	150% BR	250% BR	300% BR
-Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS) y compris non conv ⁽¹⁾	-	100% BR	100% BR	100% BR
Chambre particulière max 90€/an/bénéficiaire	-	25€/jour	25€/jour	50€/jour pendant 60 jours 75€/jour dès le 61 ^{ème} jour
Frais de lit d'accompagnant (enfant moins de 16 ans) – max 60€/an/bénéficiaire	-	25€/jour	25€/jour	30€/jour
Forfait hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE				
Frais de soins et de séjour	100% BR	-	-	-
Dépassements d'honoraires	-	-	-	-
Actes adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	-	-	-	200% BR
Actes non adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS) y compris non conv ⁽¹⁾	-	-	-	100% BR
Forfait journalier hospitalier	100% FR	-	-	-
DIVERS				
Transport remboursé par le régime de base	100% BR	-	-	-
Transport pour hospitalisation de jour	100% BR	-	-	150€/an/bénéficiaire
Prime de naissance	-	200€	200€	200€
Forfait actes lourds ⁽⁵⁾	100% FR	-	-	-
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiothérapie, microkinésithérapie	-	80€/an/bénéficiaire	80€/an/bénéficiaire	100€/an/bénéficiaire

BR : base de remboursement. FR : frais réels.

Les franchises médicales, ainsi que la participation forfaitaire de l'assuré (article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale) prévue à 1 € au 01/01/05, ne pourront donner lieu à remboursement.

* chaque option prend en compte les niveau(x) inférieur(s).

(1) Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité.

(2) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(3) la période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les personnes dont la vue évolue.

(4) Verres unifocaux : *Verres unifocaux simples* (catégorie a) : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal +4,00 dioptries. *Verres unifocaux complexes* (catégorie c) : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries. **Verres mixtes** : un verre simple et un verre complexe, un verre simple et un verre très complexe, un verre complexe et un verre très complexe. **Verres multifocaux** : *Verres multifocaux complexes* (catégorie c) et très complexes (catégorie f : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries).

(5) forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18€). Il est donc dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120€

ANNEXE 3 – LES PRESTATIONS GARANTIE ASSISTANCE

La garantie assistance est assurée par : MUTUAIDE ASSISTANCE ASSISTANCE.

Services complémentaires couverts par MUTUAIDE ASSISTANCE	GARANTIE CONVENTIONNELLE	OPTION1/OPTION2
■ Aide à la vie quotidienne		
Permanences médicales, informations pratiques par téléphone	inclus	inclus
Information et organisation de téléassistance	inclus	inclus
■ En cas d'immobilisation imprévue du bénéficiaire à domicile		
	immobilisation d'au moins 8 jours	immobilisation d'au moins 5 jours
Garde des enfants mineurs de moins de 16 ans ; assistance maternelle ; <i>ou organisation et prise en charge de la venue d'un proche ; ou organisation et prise en charge du transfert des enfants chez un proche</i>	plafond : 20 heures	plafond : 30 heures
Garde des ascendants ; recherche et prise en charge d'une personne qualifiée ; <i>ou organisation et prise en charge de la venue d'un proche ; ou organisation et prise en charge du transfert des ascendants chez un proche</i>	plafond : 20 heures	plafond : 30 heures
Aide-ménagère	plafond : 20 heures	plafond : 30 heures
Garde des animaux domestiques	plafond : 100 €	plafond : 150 €
Organisation de la venue d'un proche	inclus	inclus
■ En cas d'hospitalisation imprévue d'un bénéficiaire		
	hospitalisation d'au moins 3 jours	hospitalisation d'au moins 2 jours
Réservation d'un lit en milieu hospitalier	inclus	inclus
Garde des enfants mineurs de moins de 16 ans ; assistance maternelle ; <i>ou organisation et prise en charge de la venue d'un proche ; ou organisation et prise en charge du transfert des enfants chez un proche</i>	plafond : 20 heures	plafond : 30 heures
Garde des ascendants ; recherche et prise en charge d'une personne qualifiée ; <i>ou organisation et prise en charge de la venue d'un proche ; ou organisation et prise en charge du transfert des ascendants chez un proche</i>	plafond : 20 heures	plafond : 30 heures
Aide-ménagère	plafond : 20 heures	plafond : 30 heures
Garde des animaux domestiques	plafond : 100 €	plafond : 150 €
Transmission de messages urgents	inclus	inclus
Soutien psychologique	4 entretiens	6 entretiens

Services complémentaires couverts par MUTUAIDE ASSISTANCE	GARANTIE CONVENTIONNELLE	OPTION1/OPTION2
■ Assistance en cas de maladie imprévue d'un enfant suite à un accident corporel ou à une maladie non chronique nécessitant alitement		
	d'au moins 5 jours	d'au moins 3 jours
Garde d'enfant malade	plafond 10 heures par jour – maximum 2 fois par an et par enfant	plafond 10 heures par jour – maximum 2 fois par an et par enfant
Répétiteur scolaire	plafond 10 heures par semaine maximum 3 mois	Plafond 10 heures par semaine si nécessaire jusqu'à la fin de l'année scolaire
■ Assistance en cas de décès d'un bénéficiaire		
Aide à domicile en cas de décès pour effectuer les formalités administratives	plafond : 8 heures	plafond : 12 heures
Rapatriement de corps si décès à plus de 50 km du domicile	plafond : 3000 €	plafond : 6000 €
Garde des enfants mineurs de moins de 16 ans ; assistance maternelle ; <i>ou organisation et prise en charge de la venue d'un proche ; ou organisation et prise en charge du transfert des enfants chez un proche</i>	plafond : 20 heures	plafond : 30 heures
Garde des ascendants ; recherche et prise en charge d'une personne qualifiée ; <i>ou organisation et prise en charge de la venue d'un proche ; ou organisation et prise en charge du transfert des ascendants chez un proche</i>	plafond : 20 heures	plafond : 30 heures
Aide ménagère pour le conjoint survivant	plafond : 20 heures	plafond : 30 heures
Garde des animaux domestiques	plafond : 100 €	plafond : 150 €
Soutien psychologique	4 entretiens	6 entretiens
■ Assistance en cas de longue maladie d'un parent ; décès d'un parent ; mise en œuvre de la garantie répétiteur scolaire pour plus de 3 mois ; divorce des parents entraînant le redoublement de l'enfant		
	Bilan orientation scolaire de l'enfant	Bilan orientation scolaire de l'enfant
■ Assistance en cas de déplacement professionnel		
		Rapatriement médical (illimité)
		Rapatriement de corps
		Venue d'un collaborateur de remplacement

Conditions Générales de la garantie Assistance

Article 1- Dispositions générales de la garantie assistance

—

1. Objet de l'assistance

La garantie ASSISTANCE est assurée par MUTUAIDE ASSISTANCE (entreprise régie par le Code des assurances située 8, avenue des Frères Lumière 94366 Brye-sur-Marne) est proposée en inclusion de la garantie Frais de santé des salariés des caves coopératives viticoles et leurs unions. Elle comprend un ensemble de prestations mises en œuvre :

- au domicile du bénéficiaire, pour couvrir les conséquences d'une maladie ou d'un accident.
- lors d'un déplacement d'ordre professionnel au-delà de 100 km du domicile, en cas de maladie, blessure et/ou hospitalisation sur place.

2. Bénéficiaires

- les salariés couverts par la garantie frais de santé des entreprises relevant de l'Accord du 2 février 2011 des Caves Coopératives Viticoles et de leurs unions,
- leurs ayants droit tels que définis à l'Annexe 1 des Conditions Générales.

3. Début et fin de la garantie

La garantie entre en vigueur dès l'affiliation du salarié à la garantie Frais de santé. Elle cesse tous ses effets en cas de cessation de la garantie Frais de santé. Dans ce cas les prestations prévues sont prises en charge si l'événement qui y a donné naissance est antérieur à la date de résiliation ou de sortie du contrat.

4. Définitions

L'assistance Santé :

L'assistance aux personnes comprend l'ensemble des prestations mises en œuvre au domicile du bénéficiaire, suite à une hospitalisation ou une immobilisation au domicile.

Domicile :

Le lieu de résidence principal et habituel du bénéficiaire en France Métropolitaine, Principautés d'Andorre ou de Monaco, ou dans les DROM et figurant sur la déclaration d'impôts sur le revenu.

Evènements garantis :

Pour l'assistance Santé :

- hospitalisation ou immobilisation du bénéficiaire au domicile,
- immobilisation de l'enfant du bénéficiaire au domicile.

Pour l'assistance aux personnes en déplacement :

- maladie ou blessure empêchant le bénéficiaire de poursuivre son déplacement dans les conditions prévues.

Hospitalisation :

Séjour d'une durée égale ou supérieure à 48 heures, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou

chirurgical suite à une atteinte corporelle grave. Un séjour en maternité d'une durée inférieure à 12 jours n'est pas considéré comme une hospitalisation.

Immobilisation d'un bénéficiaire au domicile :

L'état qui empêche le bénéficiaire d'exercer son activité habituelle et qui entraîne, à la suite d'une maladie ou d'un accident, son immobilisation au domicile pour une durée égale ou supérieure à 10 jours consécutifs, pour des raisons médicalement justifiées et prouvées.

Atteinte corporelle grave :

Accident ou maladie à caractère imprévisible dont la nature met en jeu le pronostic vital, ou risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état de la victime si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Par accident on entend : Altération brutale de la santé ayant pour cause un événement extérieur, soudain, imprévisible, violent et indépendant de la volonté de la victime.

L'intoxication alimentaire est assimilée à un accident.

Par maladie on entend : Altération soudaine et imprévisible de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Par maladie grave on entend : Maladie mettant en jeu le pronostic vital.

Blessure :

Toute atteinte corporelle médicalement constatée, consécutive à un événement soudain et fortuit, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure atteignant le bénéficiaire et non intentionnelle de la part de ce dernier.

Proche :

Toute personne physique désignée par le bénéficiaire domiciliée

- en France Métropolitaine, Principautés d'Andorre ou de Monaco si le bénéficiaire est domicilié en France Métropolitaine Principautés d'Andorre ou de Monaco,
- dans le même territoire ou département d'Outre-mer que vous le bénéficiaire est domicilié dans les DROM.

Par « DROM » (départements et régions d'Outre-mer), on entend les nouvelles appellations des DOM TOM depuis la Réforme Constitutionnelle du 17 mars 2003, venant modifier les dénominations des DOM TOM et leurs définitions.

L'assistance aux personnes en déplacement :

L'assistance aux personnes comprend l'ensemble des prestations mises en œuvre en cas d'évènement garanti, lors d'un déplacement garanti.

Déplacements garantis :

Les 90 premiers jours de tout déplacement d'ordre professionnel au-delà de 100 km du domicile.

Franchise :

100 km du domicile.

Bagages :

Les effets courants de voyage (maximum 20 kg).

La garantie organise:

La garantie accomplit les démarches nécessaires pour accomplir la prestation.

La garantie prend en charge :

La garantie finance le coût de la prestation.

5. Etendue territoriale de la garantie**Pour l'assistance Santé :**

- au domicile du bénéficiaire situé en France métropolitaine, Principautés d'Andorre ou de Monaco ou dans les DOM.

Pour l'assistance aux personnes en déplacement :

- monde entier sauf pays de domicile, France métropolitaine et DOM pour la garantie « Avance des frais médicaux et d'hospitalisation »
- monde entier pour la garantie « rapatriement médical »

Dans tous les cas une franchise de 100 km est appliquée.

La garantie n'est pas accordée dans les pays en état de guerre civile ou étrangère, déclarée ou non, ni dans les pays d'instabilité politique notoire, subissant des représailles, des restrictions à la libre circulation des personnes et des biens, et ce quel qu'en soit le motif, notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, ni dans les pays subissant des actes de terrorisme, ayant subi des catastrophes naturelles ou une désintégration du noyau atomique.

6. Modalités de mise en œuvre de la garantie

L'assistance doit toujours faire l'objet d'une demande préalable auprès de MUTUAIDE ASSISTANCE.

En tout état de cause l'assistance qui n'a pas été organisée par MUTUAIDE ASSISTANCE ou en accord avec elle, ne donne pas droit, à posteriori, à un remboursement ou à une quelconque indemnisation.

Déclenchement de la garantie

Seul l'appel téléphonique au moment de l'événement permet le déclenchement de l'assistance.

Pour bénéficier des prestations d'assistance, le bénéficiaire ou son représentant doit contacter MUTUAIDE ASSISTANCE préalablement à toute intervention. Lors du premier appel, un numéro de dossier d'assistance lui sera communiqué. Il devra le rappeler systématiquement, lors de toutes relations ultérieures avec le service assistance.

Pour contacter MUTUAIDE ASSISTANCE ASSISTANCE 7 jours sur 7 – 24 heures sur 24

	De France	De l'étranger
Par téléphone	01 55 98 57 60	33 1 55 98 57 60 précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international
Par fax	01 45 16 63 92 Ou 01 45 16 63 94	33 1 45 16 63 92 Ou 33 1 45 16 63 94 précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international

MUTUAIDE ASSISTANCE a tout pouvoir d'appréciation pour définir, au cas par cas, la durée d'application des garanties appropriées. Il sera notamment tenu compte, pour ce faire, de l'état de santé et de l'environnement familial du bénéficiaire. La garantie d'assistance n'a pas vocation à s'appliquer que dans les cas où l'entourage du bénéficiaire ne peut apporter à ce dernier l'aide requise par les circonstances.

Éléments à communiquer

Le bénéficiaire ou son représentant doit fournir les informations suivantes lors de chaque appel :

- l'identifiant du contrat ;
- son nom et prénom ;
- son numéro de Sécurité sociale ;
- l'adresse de son domicile ;
- le cas échéant, le nom et prénom de la personne qui bénéficiera des prestations ;
- le lieu et le numéro de téléphone où le bénéficiaire ou son représentant peut être joint ;
- la nature de la demande.

Remboursement des frais engagés

MUTUAIDE ASSISTANCE rembourse, après accord express, sur présentation des factures originales correspondant aux frais engagés et ce, sous réserve d'avoir été contacté dans les délais impartis. Ces demandes doivent être adressées à :

MUTUAIDE ASSISTANCE
Service Gestion des Sinistres
8/14 avenue des Frères Lumière
94 368 Bry-sur-Marne cedex.

Contrôle

Pour ouvrir droit au bénéfice d'une prestation, MUTUAIDE ASSISTANCE peut demander au bénéficiaire de la garantie de justifier de la qualité qu'il invoque et de produire, à ses frais, les pièces ou documents prouvant ce droit.

7. Limites de responsabilité

La responsabilité de MUTUAIDE ASSISTANCE ne peut en aucun cas être engagée pour des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure, ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engin, effet nucléaire ou radioactif, empêchement climatique.

8. Limites et exclusions de la garantie

Outre les exclusions prévues au point n° 5, la garantie assistance exclut :

- **Les prestations qui n'ont pas été organisées par les soins de MUTUAIDE ASSISTANCE ou avec son accord ;**
- **La prise en charge des conséquences résultant d'actes intentionnels ou dolosifs du bénéficiaire ;**
- **Les prestations servant à couvrir les conséquences d'infractions à la législation française ou étrangère ;**
- **Les conséquences de l'exposition à des agents biologiques infectants, à des agents chimiques type gaz de combat, à des agents incapacitant, neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où vous séjournez et/ou nationale de votre pays de domicile ;**
- **Les conséquences d'actes dolosifs, de suicide ou de tentative de suicide ;**
- **Les conséquences de toute mutilation volontaire du bénéficiaire ;**
- **Les dommages provoqués intentionnellement par le bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou à une rixe, sauf en cas de légitime défense ;**
- **Le montant des condamnations et leurs conséquences ;**
- **L'usage de stupéfiants ou drogues non prescrits médicalement et ses conséquences ;**
- **L'état d'imprégnation alcoolique et ses conséquences ;**
- **La pratique, à titre professionnel, de tout sport ;**
- **La participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre ou aérien ;**
- **Les conséquences des événements survenus au cours d'épreuves, courses et compétitions motorisées (et leurs essais) soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque le bénéficiaire y participe en tant que concurrent ;**
- **Les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;**
- **L'inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;**
- **Les interdictions officielles, les saisies ou contraintes par la force publique ;**

- L'absence d'aléa ;
- L'utilisation par le bénéficiaire d'appareils de navigation aérienne ;
- L'utilisation d'engins de guerre, explosifs et armes à feu ;
- Les dommages résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire conformément à l'article L.113-1 du Code des Assurances ;
- Les frais non justifiés par des documents originaux.

MUTUAIDE ASSISTANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence et intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales, ni prendre en charge les frais ainsi engagés, à l'exception des frais de transport en ambulance ou en taxi jusqu'au lieu le plus proche où pourront être prodigués les soins appropriés, en cas d'affection bénigne ou de blessures légères ne nécessitant ni un rapatriement ni un transport médicalisé.

Exclusions de l'Assistance en déplacement :

- Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical ou d'intervention de chirurgie esthétique ;
- Les événements survenus après le 90ème jour du déplacement ;
- Les événements survenus lors d'un déplacement à moins de 100 km du domicile ;
- Les frais engagés après le retour du voyage ou l'expiration de la garantie ;
- Les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité du contrat, et notamment au-delà de la durée du déplacement prévu ;
- Les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec le bénéficiaire ;
- Les maladies chroniques ;
- Les frais médicaux et d'hospitalisation dans le pays de domicile du bénéficiaire, en France métropolitaine et dans les DROM ;
- Les frais médicaux et d'hospitalisation dans le pays de domicile du bénéficiaire ;
- Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et/ou qui n'empêchent pas le bénéficiaire de poursuivre son voyage ;
- Les convalescences et les affections en cours de traitement, non encore consolidées et comportant un risque d'aggravation brutale ;
- Les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies et les frais en découlant ;
- Les maladies et/ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation ambulatoire dans les 3 mois précédant la date du départ en voyage, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état ;
- Les événements liés à un traitement médical ou à une intervention chirurgicale qui ne présenteraient pas un caractère imprévu, fortuit ou accidentel ;
- Les services médicaux ou para médicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant ;
- Les frais de prothèse (optique, dentaire, acoustique, fonctionnelle) ;

- **Les frais de douane, de restauration, hôtel, sauf ceux précisés dans le texte des garanties.**

Exclusions de l'Assistance Santé :

- **L'hospitalisation du bénéficiaire pour une durée inférieure à 48 heures consécutives ;**
- **L'immobilisation du bénéficiaire pour une durée inférieure à 8 jours ;**
- **L'immobilisation de l'enfant du bénéficiaire pour une durée inférieure à 3 jours ;**
- **Les maladies chroniques ;**
- **L'invalidité ou l'infirmité préexistante ;**
- **Les séjours en maison de repos et les frais en découlant ;**
- **Les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant ;**
- **Les maladies chroniques ;**
- **Les frais de cure thermique, traitement esthétique, vaccination et les frais en découlant.**

Article 2 - Descriptif des garanties assistance

Les prestations d'assistance proposées par le contrat sont résumées au tableau des prestations de la garantie Assistance.

1. Informations et services santé

Informations pratiques et juridiques :

MUTUAIDE ASSISTANCE met à la disposition du bénéficiaire, un service de renseignements et d'informations fonctionnant sans interruption 24h/24 et 7j/7. Les prestations sont fournies les jours ouvrables, entre 9H00 et 21H00, dans les délais normalement nécessaires à la satisfaction de la demande.

MUTUAIDE ASSISTANCE recherche les informations pratiques à caractère documentaire destinées à orienter le salarié dans les domaines de la vie quotidienne. Les informations communiquées par MUTUAIDE ASSISTANCE sont des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66-1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971. Elles ne constituent pas des consultations juridiques.

Informations par téléphone sur les adresses des professionnels de santé proches du domicile :

MUTUAIDE ASSISTANCE recherche et communique au bénéficiaire des informations à caractère général, dans le domaine de la maladie et de la santé, telles que :

- renseignements généraux ;
- adresses et coordonnées de professionnels de santé (médecins, dentistes, infirmiers, ambulanciers, kinésithérapeutes, pharmacies de garde, laboratoires ...) ;
- vaccinations ;
- hygiène – prévention ;
- diététique ;
- associations spécialisées ;
- magasins de matériel médical ;

- centres de cure, centres hospitaliers, centres de soins, de convalescence ;
- établissements spécialisés ;
- précautions à prendre en cas de voyage selon les pays visités.

Recherche et envoi d'un professionnel de santé :

En cas d'absence du médecin traitant, MUTUAIDE ASSISTANCE peut apporter toute l'aide nécessaire pour la recherche d'un professionnel de santé (médecin, dentiste, personnel paramédical), en fonction des disponibilités locales.

Les frais éventuels de déplacement, de soins, les honoraires et autres, restent intégralement à la charge du bénéficiaire.

Réservation d'un lit en milieu hospitalier :

Si une hospitalisation est jugée nécessaire par le médecin traitant du bénéficiaire, MUTUAIDE ASSISTANCE réserve un lit dans le service hospitalier le plus proche de son domicile ou le plus apte à répondre aux besoins de traitement (après l'accord du centre d'admission).

Mise en relation avec un médecin :

Si le bénéficiaire souhaite dialoguer avec un médecin, il peut contacter MUTUAIDE ASSISTANCE 24h/24 qui organise la mise en relation avec l'un d'eux. Le bénéficiaire peut obtenir des informations médicales ou des explications sur des pathologies.

Les médecins lui communiqueront les informations ou les renseignements souhaités, mais ne pourront en aucun cas faire de consultation médicale par téléphone.

Soutien psychologique :

Le bénéficiaire est hospitalisé pour une durée égale ou supérieure à 48 heures, ou il est immobilisé au domicile pour une durée égale ou supérieure à 10 jours.

MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge une aide psychologique en mettant le bénéficiaire en relation téléphonique avec un psychologue dans la limite d'un nombre d'entretiens téléphoniques par personne et par événement, tels que défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance figurant au point I.

2. Assistance de l'enfant malade

Garde des enfants :

Suite à un problème médical imprévu constaté par un certificat médical, un des enfants du bénéficiaire doit garder la chambre pour une durée égale ou supérieure à 3 jours consécutifs, et le bénéficiaire ne peut rester à son chevet. MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge, au choix, dès le premier jour de l'immobilisation :

- **soit** la garde de l'enfant au domicile par une personne qualifiée, dans la limite des contraintes locales, à concurrence d'un crédit d'heures défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, réparties du lundi au vendredi (hors jours fériés) pour 2 heures minimum par jour, dans une tranche horaire de 8h00 à 19h00.

- **soit** un voyage aller et retour permettant à un proche de se rendre au domicile du bénéficiaire, pour garder l'enfant, et ce par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales.

3. Assistance cas d'hospitalisation (prévue ou imprévue)

Les prestations d'assistance détaillées ci-dessous sont acquises aux bénéficiaires dès le premier jour d'hospitalisation dans un établissement de soins pour une durée égale ou supérieure à celle définie dans le tableau des prestations de la garantie Assistance.

Accompagnement administratif et social :

Pendant ou au retour de l'hospitalisation, MUTUAIDE ASSISTANCE met à la disposition du bénéficiaire, par téléphone, un service d'information et d'accompagnement dans les démarches administratives : constitution de dossier, coordination entre les éventuels intervenants à domicile (...).

Garde des enfants de moins de 16 ans :

Le bénéficiaire est hospitalisé et personne dans son entourage immédiat ne peut se charger de la garde des enfants au domicile. MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge, au choix :

- **soit** la garde de l'enfant au domicile par une assistante maternelle, dans la limite des contraintes locales, à concurrence d'un crédit d'heures défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, réparties du lundi au vendredi (hors jours fériés) pour 2 heures minimum par jour, dans une tranche horaire de 8h00 à 19h00. L'assistante maternelle se chargera, le cas échéant, de la conduite les enfants à l'école
- **soit** un voyage aller et retour permettant à un proche de se rendre au domicile du bénéficiaire pour garder l'enfant, et ce par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales ;
- **soit** le transport aller et retour du ou des enfant(s), accompagné(s) par une hôtesse le cas échéant, jusqu'au domicile d'un proche désigné par le bénéficiaire.

Garde des ascendants :

Le bénéficiaire est hospitalisé et personne dans son entourage immédiat ne peut se charger de la garde des ascendants à charge. MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge, au choix :

- **soit** la venue d'une personne qualifiée au domicile pour en assurer la garde, dans la limite des contraintes locales, à concurrence d'un crédit d'heures défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, réparties du lundi au vendredi (hors jours fériés) pour 2 heures minimum par jour, dans une tranche horaire de 8h00 à 19h00 ;
- **soit** un voyage aller et retour permettant à un proche de se rendre au domicile du bénéficiaire pour garder les ascendants, et ce par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales ;
- **soit** le transport aller et retour des ascendants jusqu'au domicile d'un proche, désigné par le bénéficiaire.

4. Assistance au retour d'hospitalisation ou en cas d'immobilisation au domicile (prévue ou imprévue)

Les prestations d'assistance détaillées ci-dessous sont acquises aux bénéficiaires :

- Dès le premier jour du retour au domicile suite à une hospitalisation d'une durée égale à un crédit d'heures défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance ;
- Dès le premier jour d'une immobilisation au domicile d'une durée égale à un crédit d'heures défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance.

Organisation et prise en charge de la venue d'un proche :

Si le bénéficiaire souhaite la présence d'un proche parent, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge les frais de transport du proche jusqu'à son chevet, et ce par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales.

Aide-ménagère :

Le bénéficiaire, immobilisé au domicile, est dans l'impossibilité de remplir ses obligations domestiques. MUTUAIDE ASSISTANCE organise en fonction des disponibilités locales et prend en charge la venue d'une aide-ménagère pour aider aux tâches quotidiennes (entretenir le domicile, préparer les repas, ou effectuer les courses).

Notre prise en charge ne peut excéder le crédit d'heures défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, à raison de 2 heures consécutives minimum par jour (du lundi au vendredi hors jours fériés et dans une tranche horaire de 8h00 à 19h00), réparties dans les 30 jours depuis le premier jour de l'immobilisation au domicile.

Cette garantie n'est pas cumulable avec les garanties « Recherche et livraison de repas. » et « Recherche et livraison de médicaments. »

MUTUAIDE ASSISTANCE ne pourra en aucun cas se porter garant de la qualité des prestations et voir sa responsabilité engagée à ce titre.

Recherche et livraison de repas :

Le bénéficiaire immobilisé au domicile est dans l'impossibilité de préparer les repas ou d'effectuer les courses. MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge, dans la limite des contraintes locales, la livraison des repas à son domicile (comprenant un ou deux repas) selon les conditions définies dans le tableau des prestations de la garantie Assistance.

Cette garantie n'est pas cumulable avec la garantie «Aide-ménagère».

Recherche et livraison de médicaments :

Le bénéficiaire immobilisé au domicile n'est pas en mesure d'aller acheter ses médicaments. MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge, dans la limite des contraintes locales, la recherche la livraison au domicile du bénéficiaire, des médicaments indispensables à son traitement sur présentation d'une prescription médicale.

Le coût des médicaments reste à la charge du bénéficiaire.

Cette garantie n'est pas cumulable avec la garantie «Aide-ménagère».

5. Assistance aux personnes en déplacement

Ces garanties sont accordées lorsque le bénéficiaire est malade ou blessé lors d'un déplacement garanti. MUTUAIDE ASSISTANCE intervient dans les conditions suivantes :

Avance des frais médicaux et d'hospitalisation (hors du pays de domicile)

MUTUAIDE ASSISTANCE peut procéder à l'avance des frais médicaux ou d'hospitalisation que le bénéficiaire doit engager hors de son pays de domicile, hors de France métropolitaine et hors des DROM, dans la limite d'un montant, maximum par bénéficiaire, fixé dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, aux conditions cumulatives suivantes :

- les médecins de MUTUAIDE ASSISTANCE doivent juger, après recueil des informations auprès du médecin local, qu'il est impossible de rapatrier le bénéficiaire dans l'immédiat dans son pays de domicile ;
- les soins auxquels s'applique l'avance doivent être prescrits en accord avec les médecins de MUTUAIDE ASSISTANCE.

Le bénéficiaire ou toute personne autorisée par lui doit :

- s'engager formellement par la signature d'un document spécifique, fourni par MUTUAIDE ASSISTANCE lors de la mise en œuvre de la présente prestation ;
- engager les démarches de prise en charge des frais auprès des organismes d'assurance dans le délai de 15 jours à compter de la date d'envoi des éléments nécessaires à ces démarches par MUTUAIDE ASSISTANCE ;
- effectuer les remboursements à MUTUAIDE ASSISTANCE des sommes perçues à ce titre de la part des organismes d'assurance dans la semaine qui suit la réception de ces sommes.

Resteront uniquement à la charge de MUTUAIDE ASSISTANCE, et dans la limite du montant de prise en charge prévu pour la prestation, les frais non pris en charge par les organismes d'assurance. Le bénéficiaire doit communiquer à MUTUAIDE ASSISTANCE l'attestation de refus de prise en charge de ces organismes, dans la semaine qui suit sa réception.

Pour préserver ses droits ultérieurs, MUTUAIDE ASSISTANCE se réserve le droit de demander au bénéficiaire ou à ses ayants droit soit une empreinte de carte bancaire, soit un chèque de caution, soit une reconnaissance de dette limitée au montant de l'avance.

A défaut d'avoir effectué les démarches de prise en charge auprès des organismes d'assurance dans les délais, ou à défaut de présentation à MUTUAIDE ASSISTANCE, dans les délais, de l'attestation de refus de prise en charge des organismes d'assurance, le bénéficiaire ne pourra en aucun cas se prévaloir de la prestation «Avance des frais médicaux et d'hospitalisation» et devra rembourser l'intégralité des frais d'hospitalisation avancés par MUTUAIDE ASSISTANCE, qui engagera, le cas échéant, toute procédure de recouvrement utile, dont le coût sera supporté par lui.

Pour le cas où MUTUAIDE ASSISTANCE ferait l'avance des fonds à hauteur des montants exprimés dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, le bénéficiaire s'engage à lui reverser les remboursements obtenus des organismes sociaux et de prévoyance dans un délai de 3 mois à compter du jour de l'avance.

Les sommes avancées par MUTUAIDE ASSISTANCE sont dans tous les cas remboursables et exigibles dès le retour du bénéficiaire dans son pays de domicile, et dans un délai de 3 mois à compter de l'avance des fonds.

Rapatriement d'un bénéficiaire malade ou blessé :

Le bénéficiaire est malade ou blessé lors d'un déplacement garanti. MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge son rapatriement médical au domicile ou dans un établissement hospitalier proche de chez lui.

Sur prescription de son médecin conseil, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un ou deux accompagnant(s) à ses côtés.

Seules les exigences d'ordre médical sont prises en considération pour arrêter la date du rapatriement, le choix du moyen de transport ou du lieu d'hospitalisation. La décision de rapatriement est prise par le médecin conseil de MUTUAIDE ASSISTANCE, après avis du médecin traitant occasionnel et éventuellement du médecin de famille.

Tout refus de la solution proposée par notre équipe médicale entraîne l'annulation de la garantie d'assistance aux personnes.

ANNEXE 4 - LES SERVICES DU RESEAU DE SOINS

Les services proposés par le réseau de soins sont mis en oeuvre par la société Carte Blanche Partenaires (26 rue Laffitte - 75009 PARIS).

Le tiers payant

Ce service permet la dispense d'avance des frais sur les équipements optiques, le contrôle des engagements du professionnel de santé et les flux dématérialisés.

Les applications internet

Carte Blanche met à disposition l'annuaire géolocalisé des opticiens partenaires, des conseils prévention et de l'information sur la santé des yeux.

Le réseau des opticiens partenaires

Les professionnels de santé partenaires de Carte Blanche proposent des tarifs encadrés et des services préférentiels.

2017/01-CC-0244-SA-AV5
CCPMA PREVOYANCE – CCVF - CG santé – 01/2017

CCPMA PRÉVOYANCE - Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale
Siège social - 21, rue de la Bienfaisance 75 382 Paris cedex 08
Tél. 01 71 21 00 00 – fax 01 71 21 00 01 – www.groupAGRICA.com
Membre du GIE AGRICA GESTION – RCS PARIS n° 493 373 682