

REGIME FRAIS DE SANTE
CAVES COOPERATIVES VINICOLES
ET LEURS UNIONS

Notice d'Information

SOMMAIRE

PREAMBULE	4
TITRE 1 – DISPOSITIONS GENERALES DU CONTRAT	4
ARTICLE 1-1 : OBJET	4
ARTICLE 1-2 : GROUPE ASSURE.....	5
ARTICLE 1-3 : DUREE	5
ARTICLE 1-4 : ORGANISMES ASSUREURS	5
ARTICLE 1-5 : DELEGATION DE GESTION.....	5
ARTICLE 1-6 : RESEAU DE SOINS.....	5
ARTICLE 1-7 : ARTICULATION DU CONTRAT	5
ARTICLE 1-8 : RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE.....	6
ARTICLE 1-9 : PRESCRIPTION	6
ARTICLE 1-10 : FAUSSE DECLARATION	7
ARTICLE 1-11 : INFORMATIQUE ET LIBERTES	7
ARTICLE 1-12 : RECLAMATIONS - MEDIATION	7
ARTICLE 1-13 : BENEFICIAIRES	7
ARTICLE 1-14 : VOS OBLIGATIONS	8
ARTICLE 1-15 : LOI APPLICABLE ET JURIDICTION	8
TITRE 2 – GARANTIE CONVENTIONNELLE	8
ARTICLE 2-1 : VOTRE AFFILIATION ET PRISE D’EFFET	8
TITRE 3 – GARANTIES OPTIONNELLES PROPOSEES A L’ENTREPRISE	9
ARTICLE 3-1 : ADHESION DE L’ENTREPRISE A L’« OPTION 1 » OU L’«OPTION2 » ET/OU A L’EXTENSION FAMILLE	9
ARTICLE 3-2 : AFFILIATION A L’« OPTION 1 » OU L’« OPTION 2 » ET/OU A L’EXTENSION FAMILLE	10
TITRE 4 – GARANTIES OPTIONNELLES PROPOSEES AU SALARIE	11
ARTICLE 4-1 : AFFILIATION	11
ARTICLE 4-2 : MODALITES DE RESILIATION DE L’« OPTION 1 » OU « OPTION 2 » ET/OU DE L’EXTENSION FAMILLE	12
ARTICLE 4-3 : COTISATIONS	13
ARTICLE 4-4 : REVISION.....	13
TITRE 5 – COTISATIONS	13
ARTICLE 5-1 : STRUCTURE TARIFAIRE	13
ARTICLE 5-2 : MONTANT DES COTISATIONS	13
TITRE 6 – DISPOSITIONS COMMUNES A L’ENSEMBLE DES GARANTIES	14
ARTICLE 6-1 : ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES	14
ARTICLE 6-2 : MONTANT DES GARANTIES.....	14
ARTICLE 6-3 : LIMITES ET EXCLUSIONS DES GARANTIES	15
ARTICLE 6-4 : REGLEMENT DES PRESTATIONS ET CONTROLE	15
ARTICLE 6-5 : ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES	16

ARTICLE 6-6 : DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL.....	16
ARTICLE 6-7 : CESSATION DE L’AFFILIATION	17
ARTICLE 6-8 : CESSATION DES GARANTIES	18
ARTICLE 6-9 : PORTABILITE DES DROITS	18
ARTICLE 6-10 : MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL.....	19
TITRE 7 – SERVICES DE TIERS PAYANT	20
TITRE 8 – ACTION SOCIALE.....	22
ANNEXE 1 – DEFINITIONS.....	23
ANNEXE 2 - TABLEAUX DES GARANTIES	29
ANNEXE 3 - LES PRESTATIONS DE LA GARANTIE ASSISTANCE	33
ANNEXE 4 - LES SERVICES DU RESEAU DE SOINS.....	47
ANNEXE 5 - VOS CONTACTS.....	49

PREAMBULE

Les partenaires sociaux des Caves Coopératives Vinicoles et leurs unions ont instauré, le 02 février 2011, un régime conventionnel de remboursement complémentaire de frais de santé afin que tous les salariés de la branche puissent bénéficier 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 étendre la couverture aux ayants droit via l'extension familiale.

La présente Notice d'Information a pour objet de vous présenter vos garanties frais de santé.

La présente Notice d'Information se compose des titres et des annexes suivants :

- le Titre 1 vous présente les dispositions générales du contrat frais de santé ;
- le Titre 2 vous présente les garanties obligatoires souscrites par l'entreprise ;
- le Titre 3 vous présente les garanties facultatives proposées au salarié ;
- le Titre 4 vous présente les cotisations ;
- le Titre 5 vous présente les dispositions communes à l'ensemble des garanties ;
- le Titre 6 vous présente les services de tiers payant.

Les annexes comprennent :

- o les définitions relatives à vos garanties ;
- o le niveau de vos remboursements santé dans les tableaux de garanties ;
- o vos garanties d'assistance ;
- o les informations relatives aux services proposés par le réseau de soins ;
- o vos contacts.

TITRE 1 – DISPOSITIONS GENERALES DU CONTRAT

Article 1-1 : Objet

La présente notice d'information a pour objet de définir les garanties souscrites par votre employeur. Elles ont pour objet de garantir, **à l'ensemble des salariés** appartenant au groupe assuré, 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**.

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 de la présente Notice d'information).

Il met à disposition des salariés couverts les services proposés par les réseaux de soins Carte Blanche (figurant en annexe 4 de la présente Notice d'information).

Article 1-2 : Groupe assuré

Vous bénéficiez de la garantie frais de santé dès lors que vous êtes salarié d'une entreprise relevant de l'accord du 2 février 2011 et de ses avenants.

Article 1-3 : 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.

Article 1-4 : Organismes assureurs

Les garanties « Santé » sont mises en œuvre par CCPMA PREVOYANCE (21, rue de la Bienfaisance - 75382 PARIS cedex 08), agissant en tant qu'assureur dans le cadre d'un contrat collectif auquel votre employeur adhère.

Ce contrat, qui est régi par le LIVRE IX du Code de la Sécurité sociale, satisfait aux conditions exigées par les Pouvoirs Publics pour répondre aux définitions de « **contrat solidaire** » et « **contrat responsable** ».

La garantie AGRICA ASSISTANCE est assurée par MUTUAIDE ASSISTANCE, 8 avenue des Frères Lumières, 94366 BRY SUR MARNE, Société d'Assurance régie par le Code des Assurances.

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

Article 1-5 : Délégation de gestion

La gestion du paiement de toutes les prestations afférentes au contrat est déléguée à votre Caisse de mutualité Sociale Agricole (CMSA).

Article 1-6 : Réseau de soins

Vous bénéficiez des services proposés par le réseau de soins défini à l'**Annexe 4** de la présente Notice d'Information.

Article 1-7 : Articulation du contrat

Le contrat s'articule autour d'une garantie conventionnelle à laquelle peuvent s'adosser des garanties optionnelles (« Option1 » ou « Option2 » et/ou « extension famille ») détaillées aux titres 3 et 4 de la présente Notice :

- **Garantie conventionnelle** : elle correspond au niveau de base de la garantie définie par l'Accord du 2 février 2011 et ses avenants. Elle est obligatoire pour l'ensemble des salariés des entreprises adhérentes sans condition d'ancienneté.

Article 1-8 : Recours contre tiers responsable

Le recours contre tiers responsable est la procédure engagée à l'encontre d'un « tiers responsable » d'un accident (accident de la circulation, accident domestique, agression....) en vue du remboursement de tous les frais exposés suite à l'accident.

Les organismes assureurs qui ont versé des prestations à un salarié disposent d'un recours contre l'auteur responsable de cet accident ou de son assureur afin d'obtenir le remboursement de ces prestations.

Vous devez alors déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident le nom d'CCPMA PREVOYANCE en tant que tiers payeur des prestations.

Vous devez également informer votre médecin et les autres professionnels de santé que vous consultez à la suite d'un accident causé par un tiers. Ils préciseront « accident causé par un tiers » sur les feuilles de soins papier ou électroniques et indiqueront la date de l'accident.

Article 1-9 : 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.**

Toutefois ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où CCPMA PREVOYANCE 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 CCPMA PREVOYANCE 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 par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci. Elles sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil.

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 CCPMA PREVOYANCE à l'entreprise adhérente en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant à CCPMA PREVOYANCE en ce qui concerne le

règlement de la prestation.

Article 1-10 : Fausse déclaration

Les déclarations faites tant par votre employeur que par vous-même servent de base à la garantie.

CCPMA PREVOYANCE peut opérer une vérification des données ainsi communiquées.

Toute déclaration intentionnellement fausse ou incomplète, toute 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 CCPMA PREVOYANCE.

Article 1-11 : Informatique et libertés

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

En application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez exercer, en justifiant de votre identité, votre droit d'accès et de rectification aux données vous concernant en adressant un courrier à CCPMA PREVOYANCE – Correspondant Informatiques et Libertés, 21 rue de la Bienfaisance, 75382 Paris cedex 08 ou par courriel à l'adresse suivante «cnil.blf@groupagricar.com».

Article 1-12 : Réclamations - Médiation

En cas de désaccord persistant, en dehors de toute demande d'information ou d'avis, vous pouvez adresser une réclamation :

- soit par courrier à CCPMA PREVOYANCE - Service Réclamations, 21 rue de la Bienfaisance, 75382 Paris cedex 08 ;
- soit par courriel sur le site Internet du Groupe AGRICA (www.groupagricar.com) en cliquant sur la rubrique « Une question, contactez-nous » puis, en précisant le sujet de votre demande « Faire une réclamation ».

Afin que votre demande soit traitée dans les plus brefs délais, vous devez préciser votre code client et le domaine concerné (santé).

Dès lors, CCPMA PREVOYANCE vous adresse un accusé de réception dans les 10 jours suivants la réception de votre demande et traite votre demande dans un délai maximal de 2 mois.

Par suite, vous pouvez présenter un recours auprès du Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP) en adressant le dossier complet :

- soit par courrier au siège du CTIP, 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 1-13 : Bénéficiaires

Les bénéficiaires des garanties frais de santé sont les suivants :

1. vous-même en tant que salarié,

2. Vos ayants droit définis à l'annexe 1 de la présente Notice d'information, sous réserve que vous ou votre employeur ayez demandé « l'extension famille » de votre assurance complémentaire frais de santé.

Article 1-14 : Vos obligations

Vous vous obligez :

- à accepter le précompte des cotisations et le cas échéant le règlement de l'extension famille et/ou des garanties optionnelles ;
- à fournir à CCPMA PREVOYANCE les renseignements nécessaires à l'établissement de vos droits et obligations, soit par l'intermédiaire de votre employeur, soit directement en cas de maintien des garanties sous forme de contrat individuel dans les conditions prévues à l'article 6-10 ;
- à transmettre à CCPMA PREVOYANCE le bulletin d'affiliation dûment complété et signé, accompagné des pièces justificatives.

Article 1-15 : Loi applicable et juridiction

Le contrat souscrit par votre employeur 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 dudit contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

La langue française est utilisée pour ce contrat.

TITRE 2 – GARANTIE CONVENTIONNELLE

Article 2-1 : Votre affiliation et prise d'effet

2-1-1 – Principe

Vous devez être obligatoirement affilié au contrat collectif correspondant à l'assurance complémentaire frais de santé mise en place par les partenaires sociaux signataires de l'Accord du 2 février 2011, **dès lors que vous êtes présent dans une entreprise adhérente.**

Votre affiliation et votre admission à ce contrat collectif prend effet :

- à la date de prise d'effet de l'adhésion de votre entreprise au contrat, lorsque vous êtes inscrit sur les registres du personnel et que vous faites partie du groupe assuré ;
- à compter du 1^{er} jour de votre embauche, lorsque vous êtes engagé postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion de votre entreprise au contrat.

Aucun délai de carence n'est prévu, **vous êtes donc couvert par la garantie dès le premier jour de prise d'effet de votre affiliation.**

Dans tous les cas, vous devez remplir l'imprimé « Bulletin d'affiliation ». Ce bulletin, dûment complété et signé, doit être envoyé par votre employeur à CCPMA PREVOYANCE avec les pièces justificatives.

2-1-2 – Dérogation : cas de dispense d'affiliation

Par dérogation au principe d'affiliation obligatoire, et sans préjudice des cas de dispenses d'ordre public, vous pouvez choisir de ne pas être affilié aux garanties mises

en place à titre obligatoire dans l'entreprise dès lors que vous vous trouvez dans l'une des six situations suivantes :

- si vous bénéficiez de la CMU-Complémentaire (couverture maladie universelle – complémentaire), et ce, temporairement jusqu'à la date à laquelle vous cessez de bénéficier de cette couverture ;
- si vous bénéficiez de l'ACS (aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du Code de la Sécurité sociale), et ce, temporairement jusqu'à la date à laquelle vous cessez de bénéficier de cette aide ;
- si vous êtes travailleur saisonnier ou salarié sous contrat à durée déterminée d'une durée supérieure à douze mois et à condition de justifier d'une couverture santé souscrite par ailleurs. En revanche, si vous êtes travailleur saisonnier ou salarié sous contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à douze mois, vous n'avez pas à fournir de justificatif.
- si vous bénéficiez d'une couverture complémentaire santé obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément ;
- si vous êtes salarié à temps très partiel, n'ayant qu'un seul employeur, dès lors que la cotisation à votre charge est supérieure ou égale à 10% de votre rémunération brute ;
- si vous bénéficiez à la date d'entrée en vigueur des garanties d'une assurance complémentaire frais de santé, en qualité d'ayant droit de votre conjoint, concubin ou cocontractant d'un PACS, 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, de cessation de régime obligatoire ou à la demande du salarié.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur **demande écrite de votre part, adressée à votre employeur.**

Vous devez par ailleurs indiquer dans votre demande de dispense que votre employeur vous a préalablement informé des conséquences de votre choix, à savoir que vous n'êtes pas redevable de la cotisation pendant la période de dispense mais également que vous ne pouvez pas bénéficier des prestations ni du droit à portabilité.

Pour ce faire, vous devez compléter le formulaire type mis à votre disposition par votre employeur prenant la forme d'une déclaration sur l'honneur indiquant notamment que vous reconnaissez avoir été informé en bonne et due forme.

Si vous ne remplissez plus les conditions requises à la dispense d'affiliation, vous devez en informer votre employeur. Vous serez alors obligatoirement affilié à ce contrat à compter du premier jour du mois civil suivant.

TITRE 3 – GARANTIES OPTIONNELLES PROPOSEES A L'ENTREPRISE

Article 3-1 : Adhésion de l'entreprise à l'« Option 1 » ou l'«Option2 » et/ou à l'extension famille

1- Votre employeur a choisi d'améliorer la garantie conventionnelle de votre complémentaire santé par la souscription de l'« **Option1** » ou l'« **Option2** » :

Ce niveau optionnel constitue une couverture « sur-complémentaire », dont le détail des garanties figure à l'annexe 2 de la présente Notice.

2- Votre employeur a choisi d'étendre le niveau de votre complémentaire santé à vos ayants droit, définis à l'annexe 1 de la présente Notice, par la souscription de « **l'extension famille** ».

L'« Option1 » ou l'« option2 » et/ou « l'extension famille », dès lors qu'elles sont souscrites par votre employeur, sont à adhésion obligatoire, et valent pour le groupe assuré.

Votre employeur a la faculté de revoir le niveau de couverture chaque année. Votre employeur a également la possibilité de résilier l'« Option 1 » ou l'« Option2 » et/ou « l'extension famille » en cours d'année, en cas de modification apportée à ces garanties optionnelles par CCPMA PREVOYANCE.

Article 3-2 : Affiliation à l'« Option 1 » ou l'« Option 2 » et/ou à l'extension famille

Si votre entreprise a souscrit à l'« **Option 1** » ou l'« **Option 2** » et/ou à « l'extension famille », vous devez obligatoirement être affilié à ce niveau et/ou cette extension sous réserve que vous n'ayez pas demandé de dispense d'affiliation.

Votre affiliation à l'« **Option 1** » ou l'« **Option 2** » et/ou à « l'extension famille » est effectuée par CCPMA PREVOYANCE dès que vous remplissez les conditions d'affiliation.

Votre caisse de MSA vous adressera une nouvelle carte papier indiquant vos nouveaux droits. Vous devrez également mettre votre carte Vitale à jour lorsque votre caisse de MSA vous le demandera.

Si l'extension famille est souscrite, vos ayants droits sont couverts par le niveau de garantie dont vous bénéficiez.

Votre affiliation et admission dans l'assurance prennent effet :

- à la date de prise d'effet de l'adhésion de votre entreprise à l'« **Option 1** » ou l'« **Option 2** » et/ou à « l'extension famille », lorsque vous êtes inscrit sur les registres du personnel à cette date et que vous faites partie du groupe assuré ;
- à compter du 1^{er} jour du mois civil au cours duquel vous remplissez les conditions nécessaires pour entrer dans le groupe assuré, notamment lorsque vous êtes engagé postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion de votre entreprise à l'« **Option 1** » ou l'« **Option 2** » et/ou à « l'extension famille » ;
- à la date de survenance de l'évènement en cas de changement dans votre situation familiale, s'agissant spécifiquement de « l'extension famille ».

Dans tous les cas, vous devez remplir l'imprimé « Bulletin d'affiliation ». Sur le bulletin, vous devez porter les choix de votre employeur en matière de garanties. **Ce bulletin, dûment complété et signé, doit être envoyé par votre employeur à CCPMA PREVOYANCE avec les pièces justificatives.**

Pour vos ayants droit, les pièces à fournir sont les suivantes :

- Copie de votre attestation de droits au régime de base et celle de chacun de vos ayants droit à couvrir s'ils ne figurent pas sur celle-ci (attestation de carte vitale).

- Copie du livret de famille ou du pacs ou, pour le concubinage, toute preuve justifiant de 2 ans de vie commune en l'absence d'enfant en commun. En cas de présence d'enfant en commun, joindre la photocopie de l'extrait d'acte de naissance de l'enfant.
- Copie du justificatif de perception de l'Allocation Handicapé pour les enfants invalides au sens de la législation sociale, quel que soit leur âge à condition que l'invalidité ait été constatée avant leur 21^{ème} anniversaire.
- Toute pièce justifiant de la qualité d'enfant à charge (enfants âgés de moins de 21 ans, enfants âgés de moins de 28 ans en poursuite d'études : certificat de scolarité ou d'apprentissage ; enfants âgés de moins de 28 ans non indemnisés par Pôle Emploi)

En cas de modification de votre situation familiale, par exemple en raison de votre mariage, de la naissance d'un enfant..., vous devez compléter un nouveau bulletin en joignant les justificatifs.

TITRE 4 – GARANTIES OPTIONNELLES PROPOSEES AU SALARIE

Les cotisations relatives aux garanties sont dues dès le premier jour de votre affiliation.

Article 4-1 : Affiliation

4-1-1 – Affiliation à l'« Option 1 » ou à l'« Option 2 »

Si votre entreprise n'a pas souscrit à l'« **Option 1** » ou l'« **Option 2** », vous avez la possibilité d'y souscrire à titre individuel pour améliorer votre couverture santé :

- au moment de votre affiliation au présent contrat ;
- annuellement, au plus tard le 30 novembre de chaque année. Vous serez alors admis dans l'assurance à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante ;

Votre affiliation à l'assurance complémentaire frais de santé est effectuée par CCPMA Prévoyance dans les mêmes conditions que la formule de base.

Votre caisse de MSA vous adressera une nouvelle carte papier indiquant vos nouveaux droits. Vous devrez également mettre votre carte Vitale à jour lorsque votre caisse de MSA vous le demandera.

4-1-2 – Affiliation à l'extension famille

Si votre entreprise n'a pas souscrit « l'extension famille », vous avez la possibilité d'y souscrire individuellement au profit de vos ayants droit. **Cette extension s'applique sur le niveau de garantie santé dont vous bénéficiez vous-même.**

Si vous avez choisi cette « extension famille », la couverture santé prend effet pour vos ayants droit :

- au moment de votre affiliation, vos ayants droit seront alors couverts à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception du bulletin d'affiliation ;
- à la date de survenance de l'événement, en cas de changement de votre situation familiale ou de modification de la situation professionnelle de votre conjoint, tel que défini à l'annexe 1 de la présente Notice ;
- annuellement, au plus tard le 30 novembre de chaque année. Vos ayants droit sont alors admis dans l'assurance à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

Votre assurance complémentaire frais de santé ne prévoit aucun délai de « carence », ce qui signifie que le droit à l'ensemble des prestations santé est ouvert pour vos ayants droit dès le premier jour de leur affiliation.

Vous devez formaliser cette demande par l'imprimé « Bulletin d'affiliation ». Ce bulletin, dûment complété et signé, doit être envoyé à CCPMA PREVOYANCE avec les pièces justificatives.

Vous devez remettre ce bulletin à votre employeur, afin de lui faire connaître vos choix et éviter tout rappel de cotisations sur vos fiches de paye.

Pour vos ayants droit, les pièces à fournir sont les suivantes :

- Copie de votre attestation de droits au régime de base et celle de chacun de vos ayants droit à couvrir s'ils ne figurent pas sur celle-ci (attestation de carte vitale).
- Copie du livret de famille ou du pacs ou, pour le concubinage, toute preuve justifiant de 2 ans de vie commune en l'absence d'enfant en commun. En cas de présence d'enfant en commun, joindre la photocopie de l'extrait d'acte de naissance de l'enfant.
- Copie du justificatif de perception de l'Allocation Handicapé pour les enfants invalides au sens de la législation sociale, quel que soit leur âge à condition que l'invalidité ait été constatée avant leur 21^{ème} anniversaire.
- Toute pièce justifiant de la qualité d'enfant à charge (enfants âgés de moins de 21 ans, enfants âgés de moins de 28 ans en poursuite d'études : certificat de scolarité ou d'apprentissage ; enfants âgés de moins de 28 ans non indemnisés par Pôle Emploi)

En cas d'évolution ou de modification de votre situation familiale, par exemple en raison de votre mariage, de la naissance d'un enfant, vous devez compléter un nouveau bulletin en joignant les justificatifs.

Dans tous les cas, vous devez formaliser cette demande par l'imprimé « Bulletin d'affiliation ». Ce bulletin, dûment complété et signé, doit être envoyé à CCPMA PREVOYANCE avec les pièces justificatives.

Vous devez le remettre à votre employeur, afin de lui faire connaître vos choix et éviter tout rappel de cotisations sur vos fiches de paye.

Article 4-2 : Modalités de résiliation de l'« Option 1 » ou « Option 2 » et/ou de l'extension famille

Si vous avez choisi le « Option 1 » ou « Option 2 » et/ou « l'extension famille », vous avez la faculté de résilier ce niveau et/ou cette extension :

- 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, en cas de changement dans votre situation familiale ou de modification de la situation professionnelle de votre conjoint. La résiliation prend alors effet à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit l'évènement.

Votre employeur doit informer CCPMA PREVOYANCE de votre décision.

Après toute résiliation, une nouvelle demande d'adhésion à l'« Option 1 » ou l'« Option 2 » et/ou à « l'extension famille » 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 de votre conjoint.

Vous devez informer votre employeur de toute modification ou résiliation de vos choix d'options.

Article 4-3 : Cotisations

1 – « Option1 » ou « Option2 » :

Si vous avez choisi de manière facultative l'« Option1 » ou l'« Option 2 », il vous sera appliqué une cotisation additionnelle dont le montant est précisé au Barème des cotisations.

2 - Extension famille :

Si vous avez choisi d'étendre les garanties de votre assurance complémentaire frais de santé au profit de vos ayants droit dans le cadre d'une « extension famille », le niveau de garantie choisi doit être le même pour vous et votre famille.

Article 4-4 : Révision

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 souscrites à titre facultatif.

Vous pouvez 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

Les garanties du présent contrat vous sont accordées, ainsi qu'éventuellement à vos ayants droit, moyennant une cotisation dont la structure tarifaire est la suivante :

- **Isolé Famille obligatoire :** vous couvre vous et vos ayants droit à titre obligatoire si votre employeur a décidé d'étendre la couverture aux ayants droit
- **Isolé famille facultative :** vous couvre vous à titre obligatoire. Vos ayants droit ont la possibilité d'être couverts sous réserve que vous souscriviez à l'extension.

Article 5-2 : Montant des cotisations

Les garanties du contrat vous sont accordées (ainsi qu'à vos ayants droit, le cas échéant) moyennant le paiement de cotisations fixées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) et variant selon la structure tarifaire et le niveau des garanties.

Les cotisations sont appelées à l'ouverture des droits à la garantie frais de santé

Les cotisations sont dues dans leur intégralité pour tout mois commencé, notamment en cas d'affiliation en cours de mois, de suspension ou de rupture de votre contrat de travail en cours de mois.

Excepté en cas de souscription d'un contrat individuel dans les conditions prévues à l'article 6-10 :

- le financement de la formule de base est assuré conjointement par vous-même et votre employeur.
- le financement de l'« Option 1 » et de l' « Option 2 » et/ou de « l'extension familiale », lorsqu'ils sont souscrits au sein de l'entreprise, est assuré conjointement par vous-même et votre employeur.
- le financement de l'« Option 1 » et de l' « Option 2 » et/ou de « l'extension familiale », lorsqu'ils sont souscrits par vos soins est assuré par vous-même.

Dans tous les cas votre part de cotisation est directement précomptée mensuellement sur votre fiche de paie, par votre employeur.

Ainsi votre employeur a la responsabilité du versement total des cotisations.

Votre cotisation assurance complémentaire frais de santé obligatoire est précisée au Barème des cotisations.

La cotisation relative à la garantie santé est due dès le premier jour du mois de présence au sein du groupe assuré, tel que précisé à l'article 2-1-1 de la présente Notice.

TITRE 6 – DISPOSITIONS COMMUNES A L'ENSEMBLE DES GARANTIES

Article 6-1 : Entrée en vigueur des garanties

Les garanties entrent en vigueur immédiatement, dès la prise d'effet de votre affiliation et le cas échéant celles de vos ayants droit, conformément aux dispositions des articles 3-2 et 4-1-2 de la présente Notice d'Information.

Votre affiliation ainsi que celle de vos ayants droit s'effectue sans questionnaire et sans examen médical préalable.

Article 6-2 : Montant des garanties

Les montants des remboursements garantis par le contrat correspondent à ceux prévus par l'Accord du 2 février 2011.

Ces remboursements 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 aux tableaux des garanties figurant en annexes et selon le niveau de garantie souscrit (formule de base ou « Option 1 » ou « Option 1 »).**

Les prestations respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables et sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale ou en euros.

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, c'est-à-dire du 1er janvier au 31 décembre.

Les prestations « Optique », sont limitées à un équipement (2 verres et une monture) tous les deux ans décomptés 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.

Aussi, le présent contrat 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, planchers et plafonds pour les frais d'optique, plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS).

Pour les frais engagés en dehors du territoire français, les remboursements de l'Institution sont déterminés et limités à la prestation qu'elle aurait versée après intervention du régime social de base.

Article 6-3 : Limites et exclusions des 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 aux tableaux des garanties figurant à l'Annexe à la Notice d'Information ;**
- **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.**

Article 6-4 : Règlement des prestations et contrôle

6-4-1 - Règlement des prestations

Vos prestations sont réglées **directement par votre Caisse de Mutualité Sociale Agricole (MSA)**, seul interlocuteur pour le remboursement de la part complémentaire de vos frais de santé.

Vous pouvez utiliser votre Carte Vitale pour bénéficier du tiers payant pharmaceutique, après l'avoir mise à jour sur la borne Vitale la plus proche de votre domicile. L'utilisation par le professionnel de santé de la Carte Vitale permet le paiement des prestations de base et des prestations complémentaires.

En cas d'hospitalisation, l'établissement hospitalier peut également demander à votre caisse de MSA l'envoi d'une prise en charge pour un règlement direct à l'établissement.

Pour les frais de prothèses dentaires et d'optique, vous devez adresser une facture détaillée à votre caisse de MSA.

En cas de non utilisation de la Carte Vitale les démarches pour obtenir vos remboursements sont les suivantes :

1- pour vous-même, votre conjoint, concubin, vos enfants et ascendants à charge qui figurent sur votre carte d'assuré social :

1. Envoyez votre/leur feuille de soins à votre caisse de MSA ;
2. Vous recevrez sur un même décompte le remboursement de base de la MSA et le

remboursement complémentaire.

2- pour votre conjoint/concubin, vos enfants et ascendants à charge affiliés à la MSA et qui possèdent leur propre carte d'assuré social :

1. Notez en plus sur la feuille de soins votre numéro de Sécurité sociale ;
2. Envoyez leur feuille de soins à votre caisse de Mutualité Sociale Agricole.

3- pour votre conjoint/concubin et vos enfants à charge affiliés aux autres régimes de Sécurité Sociale que la MSA (Sécurité sociale, Sécurité sociale étudiante, autres régimes de base)

Un système d'échange d'informations entre la MSA et autres régimes de base obligatoires (CPAM, etc...) permet à votre caisse de MSA d'effectuer le remboursement complémentaire sans intervention de votre part.

Pour les cas où ce système ne serait pas encore mis en place :

1. Envoyez la feuille de soins au régime concerné ;
2. Envoyez ensuite le décompte du remboursement obtenu au titre du régime de base de votre ayant droit à votre caisse de MSA en notant en plus votre numéro de Sécurité sociale ;
3. Le remboursement complémentaire vous sera alors versé.

6-4-2 - Contrôle

En cas de suspicion de fraude aux prestations, CCPMA PREVOYANCE 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.

Si intentionnellement, vous fournissez de faux renseignements ou usez de documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement, vous perdez tout droit aux garanties pour la demande de règlement en cause.

En cas de récupération de la part du régime de base, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, CCPMA PREVOYANCE se réserve le droit de récupérer toutes prestations qui vous aurait été indûment réglées.

Article 6-5 : 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 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 6-6 : Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

En cas de suspension de votre contrat de travail, votre affiliation 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

Les garanties vous sont maintenues lorsque votre contrat de travail est suspendu 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

Les garanties 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 6-7 : Cessation de l'affiliation

6-7-1 – Pour vous-même

Votre affiliation au contrat cesse :

- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir au groupe assuré ;
- à la date de rupture de votre contrat de travail, étant précisé que si vous bénéficiez des dispositions légales applicables en matière de cumul emploi-retraite, il s'agit de la date de rupture de votre contrat de travail au titre votre activité cumulée avec votre retraite. A cette date, vous pourrez, sur demande expresse, contracter aux conditions de souscription et aux tarifs en vigueur, un contrat proposé à titre individuel dans les conditions définies à l'article 5-10 de la présente Notice d'Information ;

6-7-2 - Pour vos ayants droit

Outre les cas de dénonciation prévus à l'article 4-2 de la présente notice d'information, les garanties (obligatoires et éventuellement souscrites à titre facultatif) cessent à l'égard de vos ayants droit dans les conditions suivantes :

- dès que vous cessez d'être au service de votre entreprise, pour quelque cause que ce soit,
- dès qu'ils perdent la qualité d'ayant droit, tel que défini à l'Annexe 1 de la présente Notice d'Information.

La cotisation du mois au cours duquel l'évènement est intervenu reste due.

Dans tous ces cas, **pensez à prévenir votre caisse de MSA, et retournez-lui la carte de tiers payant papier de votre garantie frais de santé.**

Article 6-8 : Cessation des garanties

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

- la cessation de votre affiliation et/ou celle de vos ayants droit dans les conditions prévues à l'article 6-7 de la présente notice d'information.
- la résiliation du contrat d'assurance par l'entreprise adhérente ou par CCPMA PREVOYANCE.

Article 6-9 : Portabilité des droits

En cas de cessation de votre contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, vous pouvez bénéficier du maintien des garanties frais de santé prévue au 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 contrat souscrit par votre employeur.

L'entreprise disposant préalablement à l'entrée en vigueur du présent contrat, d'une garantie frais de santé doit, dans un délai de trente 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 de la garantie frais de santé vous est acquis sans versement de cotisation durant la période de portabilité, le financement de ce maintien étant inclus dans la cotisation des actifs.

6-9-1 - Bénéficiaires

Vous pouvez continuer à bénéficier de la garantie frais de santé, qui vous couvrait en tant qu'actif, lorsque votre contrat de travail a été rompu et que vous remplissez 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 à vos ayants droits s'ils étaient déjà couverts avant la rupture de votre contrat de travail.

6-9-2 – Ouverture et durée des droits à portabilité

En tant qu'ancien salarié, vous avez acquis la possibilité de vous 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 votre contrat de travail.

La durée du maintien de la garantie frais de santé est égale à la durée de votre dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de vos derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs dans votre entreprise.

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

6-9-3 – Obligations de l'entreprise adhérente

Votre entreprise doit informer CCPMA PREVOYANCE de la cessation de votre contrat de travail et si vous êtes susceptible d'ouvrir droit à la portabilité de la garantie frais de santé.

6-9-4 – Obligations de l'ancien salarié

Vous devez justifier auprès de CCPMA PREVOYANCE à l'ouverture ainsi qu'au cours de la période de portabilité que vous remplissez les conditions requises.

A ce titre, vous devez fournir une copie de votre certificat de travail et de votre attestation de prise en charge par l'assurance chômage.

Chaque mois, vous devez adresser une copie des attestations de paiement de Pôle emploi.

Vous devez informer CCPMA PREVOYANCE de la cessation du versement des allocations chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité.

6-9-5 - Prestations

Les prestations qui vous sont accordées au titre 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 votre période de portabilité vous est applicable.

6-9-6 – Cessation de la portabilité

Le maintien de la garantie frais de santé cesse au plus tard 12 mois après la date de rupture de votre contrat de travail et, en tout état de cause :

- à la fin de la durée de maintien à laquelle vous avez droit si elle est inférieure à 12 mois ;
- à la date à laquelle vous reprenez une activité professionnelle ;
- à la date de cessation du versement des allocations chômage ;
- à la fin du mois au cours duquel vous décédez ;
- en cas de résiliation du présent contrat par votre entreprise.

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 6-10 : Maintien des garanties sous forme de contrat individuel

6-10-1 – En cas de rupture du contrat de travail

En application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite **loi « Evin »**, si votre contrat de travail est rompu, CCPMA PREVOYANCE vous proposera, dans les 2 mois qui

suivent la date de cessation de votre contrat de travail ou la fin de la période de maintien de vos garanties au titre de la portabilité des droits, le maintien de votre couverture correspondant au niveau des garanties et à la structure tarifaire choisies à titre obligatoire par votre entreprise dans le cadre d'une souscription à un **contrat individuel**, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire, sous réserve que vous répondiez à l'une des conditions suivantes :

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

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à CCPMA PREVOYANCE au plus tard six mois après la date de cessation des garanties du contrat.

Les garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du présent contrat collectif, sous réserve du paiement par vos soins des cotisations depuis cette date. A défaut, les garanties entrent en vigueur au lendemain de la demande d'adhésion.

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.

6-10-2 – En cas de décès

En cas de décès, en application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite **loi « Evin »**, CCPMA PREVOYANCE proposera à vos ayants droit couverts avant votre décès, dans les 2 mois suivant la date de cessation des garanties, le maintien de leur couverture correspondant au niveau des garanties et à la structure tarifaire choisies à titre obligatoire par votre 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 CCPMA PREVOYANCE au plus tard six mois après la date de cessation de la garantie du contrat.

Les garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du présent contrat collectif, sous réserve du paiement des cotisations depuis cette date. A défaut, les garanties entrent en vigueur au lendemain de la demande d'adhésion.

Ces garanties sont maintenues pendant une durée minimale de douze mois à compter de votre 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.

TITRE 7 – SERVICES DE TIERS PAYANT

Les services de tiers payant suivants sont mis à votre disposition :

❶ PHARMACIE

- un service de TIERS PAYANT PHARMACIE qui a pour objet de vous permettre de bénéficier de la dispense d'avance des frais pharmaceutiques pris en charge par la Mutualité Sociale Agricole et garantis au titre du contrat. Par ce système, le pharmacien peut délivrer, sans avance de fonds, les médicaments prescrits par un médecin sur ordonnance. Les frais pharmaceutiques correspondants sont réglés directement au pharmacien pour les parts obligatoire et complémentaire par votre caisse de Mutualité Sociale Agricole.

Entrent dans le cadre de la dispense d'avance, tous les produits pharmaceutiques, médicalement prescrits, dont la prise en charge par la Mutualité Sociale Agricole – au moins pour la part lui incombant – résulte également d'une procédure de tiers payant.

Sont exclus du système Tiers payant, la franchise mentionnée au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale et les produits pharmaceutiques non remboursables par la Mutualité Sociale Agricole qui doivent être réglés intégralement au pharmacien.

Votre caisse de Mutualité Sociale Agricole porte les droits complémentaires sur votre carte Vitale, ce qui vous dispense dans la plupart des cas de présenter la carte de tiers payant (sous forme papier) délivrée par votre caisse.

La carte de tiers payant devra être restituée à l'Institution dans les circonstances suivantes :

- en cas de résiliation du contrat, suite à la dénonciation de l'Accord collectif ou suite au changement d'organisme assureur ;
- en cas d'utilisations abusives répétées du système ;
- si vous ne remplissez plus les conditions d'ouverture des droits requis au titre de la Mutualité Sociale Agricole obligatoire dont vous relevez ;
- et en tout état de cause en cas de départ de l'entreprise.

La caisse de MSA se réserve le droit de réclamer, à vous-même ou au pharmacien, tout indu relatif au système de tiers payant.

② AUTRES PROFESSIONS DE SANTÉ

Dans les départements où des accords ont été conclus entre CCPMA PREVOYANCE, les caisses de la Mutualité Sociale Agricole et d'autres professions de santé, des systèmes de tiers payant peuvent être offerts par d'autres professions de santé (radiologie, analyses médicales, opticiens, soins externes dispensés dans les établissements hospitaliers, ...).

③ ACCORD DE PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

• Objet

En cas d'hospitalisation, votre caisse de Mutualité Sociale Agricole vous délivrera, pour certains établissements, une prise en charge hospitalière.

Dans ce cas, le complément de frais restant à votre charge au-delà des prestations normalement servies par la Mutualité Sociale Agricole, à l'exclusion de tout dépassement d'honoraires et des frais accessoires (suppléments éventuels pour boissons, télévision, téléphone, etc.) est réglé directement à l'établissement, à hauteur des garanties souscrites.

• Conditions d'application

Est garantie toute hospitalisation comportant au moins une facturation de 24 heures consécutives.

La prise en charge de toute hospitalisation garantie est limitée aux établissements répondant aux deux conditions suivantes :

- être conventionnés avec la Mutualité Sociale Agricole,
- bénéficiaire d'accord de tiers payant avec les caisses de Mutualité Sociale Agricole, tant pour les frais de séjour que pour les honoraires.

- Formalités administratives

Sur présentation de votre justificatif d'identification, l'établissement hospitalier sollicite la prise en charge auprès de la caisse de MSA.

Lorsque les conditions requises sont remplies, la caisse de Mutualité Sociale Agricole transmet un « bon de prise en charge » à l'établissement hospitalier.

De ce fait, aucune avance de fonds ne vous est demandée dès lors que votre complémentaire frais de santé prend en charge les frais ayant fait l'objet de la demande de dispense d'avance de frais.

TITRE 8 – ACTION SOCIALE

Votre affiliation à CCPMA PREVOYANCE vous donne accès à nos services d'action sociale.

Confrontés à une situation difficile, vous pouvez bénéficier d'une aide, notamment dans les cas suivants :

- accompagnement hospitalier ;
- aide à la famille (enfants en difficulté, placements, vacances) ;
- dettes engendrées par un problème de santé ;
- réinsertion professionnelle suite à un accident du travail.

Pour toute information, contactez le

0 821 200 800 ou **www.groupagricol.com**

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 21^{ème} 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>

ACCIDENT : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

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 :

- 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.

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.

Synonymes : base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

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 »

PLAFOND ANNUEL DE LA SECURITE SOCIALE :

Salaire annuel plafonné utilisé pour le calcul des cotisations sociales de base.

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 Socle 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⁽³⁾ 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, étio pathie, 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 Socle 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	-	-	-	-
-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	90 % BR	10 % BR	10 % BR	10 % 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	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				
Equipe ment verres unifocaux ⁽⁴⁾	90 % BR	65% BR + 300€	65% BR + 350€	65% BR + 350€
Equipe ment verres mixtes ⁽⁴⁾	90 % BR	65% BR + 400€	65% BR + 450€	65% BR + 450€
Equipe ment 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⁽³⁾ à partir de la date d'acquisition de l'équipement avec un plafond maximum de 150€ pour la monture				
Equipe ment verres unifocaux ⁽⁴⁾	90 % BR	65% BR + 300€	65% BR + 350€	65% BR + 350€
Equipe ment verres mixtes ⁽⁴⁾	90 % BR	65% BR + 400€	65% BR + 450€	65% BR + 450€
Equipe ment 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	-	-	-	-
-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% 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, étioopathie, 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 DE LA GARANTIE ASSISTANCE

Services complémentaires couverts par MUTUAIDE ASSISTANCE	GARANTIE CONVENTIONNELLE	OPTION 1 /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 1er – Dispositions générales de la garantie Assistance

1. Objet de l'assistance

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

- à votre domicile, 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 d'hospitalisation sur place.

2. Bénéficiaires

- vous-même en tant que salarié couvert par la garantie frais de santé des entreprises relevant de l'Accord du 2 février 2011 des Caves Coopératives Viticoles et de leurs unions ;
- vos ayants droit tels que définis à l'Annexe 1 de la Notice d'Information.

3. Début et fin de la garantie

La garantie entre en vigueur dès la prise d'effet de la garantie Frais de santé. Elle cesse tous ses effets en cas de cessation cette dernière. 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 à votre domicile à la suite d'une hospitalisation ou d'une immobilisation au domicile.

Domicile

Votre lieu de résidence principal et habituel en France métropolitaine, principautés d'Andorre ou de Monaco, ou dans les DROM, et figurant sur la déclaration d'impôt sur le revenu.

Événements garantis

Pour l'assistance Santé :

- votre hospitalisation ou votre immobilisation au domicile ;
- l'immobilisation de votre enfant au domicile.

Pour l'assistance aux personnes en déplacement :

- maladie ou blessure vous empêchant de poursuivre votre 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 à la

suite d'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 vous empêche d'exercer votre activité habituelle et qui entraîne, à la suite d'une maladie ou d'un accident, votre 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 vous, domiciliée :

- en France métropolitaine, principautés d'Andorre ou de Monaco si vous êtes domicilié en France métropolitaine, principautés d'Andorre ou de Monaco ;
- dans le même DROM que vous si vous êtes domicilié dans les DROM.

L'assistance aux personnes en déplacement

L'assistance aux personnes comprend l'ensemble des prestations mises en œuvre en cas d'événement 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).

MUTUAIDE ASSISTANCE organise :

MUTUAIDE ASSISTANCE accomplit les démarches nécessaires pour accomplir la prestation.

MUTUAIDE ASSISTANCE prend en charge :

MUTUAIDE ASSISTANCE finance le coût de la prestation.

5. Etendue territoriale de la garantie

Pour l'assistance Santé :

- à votre domicile situé en France métropolitaine, principautés d'Andorre ou de Monaco ou dans les DROM.

Pour l'assistance aux personnes en déplacement :

- monde entier **sauf pays de domicile**, France métropolitaine et DROM, 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.

—
Les garanties ne sont pas accordées 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, a 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, vous ou votre représentant devez contacter MUTUAIDE ASSISTANCE préalablement à toute intervention. Lors du premier appel, un numéro de dossier d'assistance vous sera communiqué. Vous devrez le rappeler systématiquement lors de toutes relations ultérieures avec le service assistance.

Pour contacter MUTUAIDE 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 votre état de santé et de votre environnement familial. Les garanties d'assistance n'ont vocation à s'appliquer que dans les cas où votre entourage ne peut vous apporter l'aide requise par les circonstances.

Éléments à communiquer

Vous ou votre représentant devez fournir les informations suivantes lors de chaque appel :

- l'identifiant du contrat ;
- votre nom et prénom ;
- votre numéro de Sécurité sociale ;
- l'adresse de son domicile ;
- le cas échéant, les 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

Contrôle

Pour ouvrir droit au bénéfice d'une prestation, MUTUAIDE ASSISTANCE peut vous demander de justifier de la qualité invoquée et de produire, à vos 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 incapacitants, neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où vous séjournez et/ou nationales 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 de 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 90^e 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 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 paramédicaux 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, d'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 thermale, traitement esthétique, vaccination et les frais en découlant.

Article 2 – Descriptif des prestations

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 votre disposition un service de renseignements et d'informations fonctionnant sans interruption 24 h/24 et 7 j/7. Les prestations sont

fournies les jours ouvrables, entre 9 h et 21 h, dans les délais normalement nécessaires à la satisfaction de la demande.

MUTUAIDE ASSISTANCE recherche les informations pratiques à caractère documentaire destinées à vous orienter 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 vous communique 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 votre médecin traitant, MUTUAIDE ASSISTANCE réserve un lit dans le service hospitalier le plus proche de votre 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 vous souhaitez dialoguer avec un médecin, vous pouvez contacter MUTUAIDE ASSISTANCE 24 h/24 qui organisera la mise en relation avec l'un d'eux.

Vous pouvez obtenir des informations médicales ou des explications sur des pathologies.

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

Soutien psychologique

Vous êtes hospitalisé pour une durée égale ou supérieure à 48 heures ou immobilisé au domicile pour une durée égale ou supérieure à 10 jours.

MUTUAIDE ASSISTANCE organise une aide psychologique en vous mettant en relation téléphonique avec un psychologue et prend en charge des entretiens téléphoniques dans les conditions définies au tableau des prestations de la garantie Assistance figurant au point I.

2. Assistance de l'enfant malade

Garde des enfants

À la suite d'un problème médical imprévu constaté par un certificat médical, un de vos enfants doit garder la chambre pour une durée minimale de 3 jours consécutifs et vous ne pouvez pas 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 8 h à 19 h ;
- **soit** un voyage aller-retour permettant à un proche de se rendre à votre domicile pour garder l'enfant, et ce, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales.

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

Les prestations d'assistance détaillées ci-dessous vous sont acquises **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 votre disposition, par téléphone, un service d'information et d'accompagnement dans les démarches administratives : constitution de dossier, coordination entre les éventuels intervenants à domicile, etc.

Garde des enfants de moins de 16 ans

Vous êtes hospitalisé et personne dans votre 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, réparti du lundi au vendredi (hors jours fériés) pour 2 heures minimum par jour, dans une tranche horaire de 8 h à 19 h. L'assistante maternelle se chargera, le cas échéant, de la conduite des enfants à l'école ;
- **soit** un voyage aller-retour permettant à un proche de se rendre à votre domicile pour garder l'enfant, et ce, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales ;
- **soit** le transport aller-retour du ou des enfants, accompagné par une hôtesse le cas échéant, jusqu'au domicile d'un proche désigné par vous.

Garde des ascendants

Vous êtes hospitalisé et personne dans votre entourage immédiat ne peut se charger de la garde des ascendants à votre 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 prévu dans le tableau des prestations Assistance, réparti du lundi au vendredi (hors jours fériés) pour 2 heures minimum par jour, dans une tranche horaire de 8 h à 19 h ;
- **soit** un voyage aller-retour permettant à un proche de se rendre à votre domicile pour garder les ascendants, et ce, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales ;
- **soit** le transport aller-retour des ascendants jusqu'au domicile d'un proche désigné par vous.

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

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

- dès le premier jour du retour au domicile à la suite d'une hospitalisation d'une **durée égale à celle définie dans le tableau des prestations de la garantie Assistance** ;
- dès le premier jour d'une immobilisation au domicile d'une **durée égale à celle définie dans le tableau des prestations de la garantie Assistance.**

Organisation et prise en charge de la venue d'un proche si vous souhaitez la présence d'un proche parent, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge les frais de transport du proche jusqu'à votre chevet, et ce, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales.

Aide-ménagère

Vous êtes immobilisé au domicile et dans l'impossibilité de remplir les obligations domestiques.

En fonction des disponibilités locales, MUTUAIDE ASSISTANCE organise 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 8 h à 19 h), réparties dans les 30 jours depuis le premier jour de l'immobilisation au domicile.

Cette prestation 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

Vous êtes immobilisé au domicile et 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 de repas à votre domicile (comprenant un ou deux repas) selon les conditions prévues au tableau des prestations de la garantie Assistance.

Le coût des repas reste à votre charge.

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

Recherche et livraison de médicaments

Vous êtes immobilisé au domicile et n'êtes pas en mesure d'aller acheter vos médicaments.

Sur présentation d'une prescription médicale, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge, dans la limite des contraintes locales, la recherche et la livraison à votre domicile des médicaments indispensables à votre traitement.

Le coût des médicaments reste à votre charge.

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

5. Assistance aux personnes en déplacement

Ces prestations sont accordées lorsque vous êtes 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 vous devez engager **hors de votre pays de domicile, hors de France**

métropolitaine et hors des DROM dans la limite d'un montant, maximum par bénéficiaire, défini 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 vous rapatrier dans l'immédiat dans votre pays de domicile ;
- les soins auxquels s'applique l'avance doivent être prescrits en accord avec les médecins de MUTUAIDE ASSISTANCE.
- Vous ou toute personne autorisée par vous 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 un 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. Vous devez 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 vous demander ou à vos ayants droit soit une empreinte de carte bancaire, soit un chèque de caution, soit une reconnaissance de dette limitée au montant de l'avance.

À 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, vous ne pourrez en aucun cas vous prévaloir de la prestation Avance des frais médicaux et d'hospitalisation et devrez 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 vous.

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, vous vous engagez 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 votre retour dans votre pays de domicile dans un délai de 3 mois à compter de l'avance des fonds.

Rapatriement d'un bénéficiaire malade ou blessé

Vous êtes malade ou blessé lors d'un déplacement garanti. MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge votre rapatriement médical au domicile ou dans un établissement hospitalier proche de chez vous.

Sur prescription de son médecin conseil, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un ou deux accompagnants à vos 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).

Afin de bénéficier de tarifs encadrés pour réduire votre reste à charge ainsi que celui de vos bénéficiaires et accéder à des équipements de qualité, CCPMA PREVOYANCE vous ouvre l'accès au réseau optique Carte Blanche.

Le tiers payant

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

Les applications internet

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

Le réseau des opticiens partenaires

Vous bénéficiez de tarifs encadrés et de services préférentiels en vous rendant chez les professionnels de santé partenaires de Carte Blanche.

A fin mai 2015, le réseau comprend plus de 10.450 opticiens conventionnés.

Chaque opticien partenaire vous propose :

- le tiers-payant et une demande de prise en charge en temps réel,
- le respect des tarifs plafonds sur les verres et lentilles,
- 5% minimum de remise sur la monture,
- des garanties casse et adaptation sur les équipements.

ANNEXE 5 - VOS CONTACTS

- Pour tous renseignements ou questions relatives à la garantie :
 - sa mise en place,
 - son amélioration,
 - l'extension des garanties à la famille,
 - son maintien à la suite de la suspension ou de la rupture du contrat de travail,

**Contacter le Centre de clientèle
de votre Région
www.groupagricola.com**

- Pour toutes questions relatives à vos prestations Santé :

Contactez votre caisse de MSA

2017/01-CC-0244-SA-AV6

CCPMA PREVOYANCE – CCVF - NI 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