



SALARIÉS

NOTICE D'INFORMATION

**ACCORD NATIONAL DU PAYSAGE
TECHNICIENS, AGENTS DE MAÎTRISE ET CADRES**



**AGRICA
PRÉVOYANCE**

Proches par nature, engagés à vos côtés

SOMMAIRE



TITRE 1	PRÉAMBULE	6
TITRE 2	PRESENTATION DE VOTRE REGIME DE PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE	8
ARTICLE 2.1	OBJET	8
ARTICLE 2.2	DUREE	8
ARTICLE 2.3	ORGANISME ASSUREUR	8
ARTICLE 2.4	DELEGATION DE GESTION	9
ARTICLE 2.5	GARANTIE ASSISTANCE	9
ARTICLE 2.6	RESEAU DE SOINS	9
ARTICLE 2.7	GROUPE ASSURE	9
ARTICLE 2.8	AFFILIATION ET PRISE D'EFFET	9
ARTICLE 2.9	CESSATION DE L'AFFILIATION	10
ARTICLE 2.10	CESSATION DU DROIT AUX GARANTIES	10
ARTICLE 2.11	DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	11
ARTICLE 2.12	COTISATIONS	11
ARTICLE 2.13	Recours contre tiers responsable	11
ARTICLE 2.14	PRESCRIPTION	12
ARTICLE 2.15	PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	13
ARTICLE 2.16	RECLAMATIONS - MEDIATION	13
ARTICLE 2.17	FAUSSE DECLARATION	14
ARTICLE 2.18	RESTITUTION DE L'INDU	14

ARTICLE 2.19	LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	14
TITRE 3	VOS GARANTIES DE PREVOYANCE CONVENTIONNELLES	15
ARTICLE 3.1	GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	15
ARTICLE 3.2	GARANTIE INCAPACITE PERMANENTE DE TRAVAIL	16
ARTICLE 3.3	REVALORISATION DES PRESTATIONS INCAPACITE DE TRAVAIL	16
ARTICLE 3.4	CUMUL DES PRESTATIONS INCAPACITE DE TRAVAIL	16
ARTICLE 3.5	CONTROLE MEDICAL DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL	17
ARTICLE 3.6	CAPITAL DECES	17
ARTICLE 3.7	RENTE EDUCATION	19
ARTICLE 3.8	RENTE DE CONJOINT	19
ARTICLE 3.9	INDEMNITE FRAIS D'OBSEQUES	20
ARTICLE 3.10	EXCLUSIONS DES GARANTIES DE PREVOYANCE	20
ARTICLE 3.11	PORTABILITE DES DROITS	20
TITRE 4	OPTION FACULTATIVE : GARANTIE DE MAINTIEN DE SALAIRE	21
TITRE 5	VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTE	22
ARTICLE 5.1	OBJET	22
ARTICLE 5.2	BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE	22
ARTICLE 5.3	ENTREE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE	22
ARTICLE 5.4	MONTANT DE LA GARANTIE	22
ARTICLE 5.5	LIMITES ET EXCLUSIONS DE LA GARANTIE	23
ARTICLE 5.6	ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE	24
ARTICLE 5.7	REGLEMENT DES PRESTATIONS	24
ARTICLE 5.8	CONTROLE DES PRESTATIONS	24
ARTICLE 5.9	PORTABILITE DES DROITS	24

ARTICLE 5.10	MAINTIEN DE LA GARANTIE SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL	24
TITRE 6	MAINTIEN DES GARANTIES PREVOYANCE ET FRAIS DE SANTE AU TITRE DE LA PORTABILITE	25
ARTICLE 6.1	PRESENTATION DU DISPOSITIF	25
ARTICLE 6.2	BENEFICIAIRES	25
ARTICLE 6.3	OUVERTURE ET DUREE DES DROITS A PORTABILITE	25
ARTICLE 6.4	OBLIGATIONS DE VOTRE ENTREPRISE	25
ARTICLE 6.5	VOS OBLIGATIONS	25
ARTICLE 6.6	PRESTATIONS	26
ARTICLE 6.7	CESSATION DE LA PORTABILITE	26
TITRE 7	PIECES A FOURNIR POUR LE REGLEMENT DES PRESTATIONS	27
ARTICLE 7.1	VERSEMENT DES PRESTATIONS D'INCAPACITE DE TRAVAIL	27
ARTICLE 7.2	VERSEMENT DES PRESTATIONS DECES	27
ARTICLE 7.3	VERSEMENT DES PRESTATIONS FRAIS DE SANTE	28
TITRE 8	DEFINITIONS DES AYANTS DROIT	30
ARTICLE 8.1	DEFINITIONS DES AYANTS DROIT	30
TITRE 9	TABEAU DES GARANTIES DE PREVOYANCE	32
TITRE 10	TABLEAUX DES GARANTIES FRAIS DE SANTE	34
TITRE 11	GLOSSAIRE	39
TITRE 12	LE RÉSEAU DE SOINS	43

TITRE 13	GARANTIE ASSISTANCE	44
ARTICLE 13.1	PRESTATIONS D'ASSISTANCE	44
ARTICLE 13.2	CONDITIONS GENERALES DE LA GARANTIE ASSISTANCE	46

PRÉAMBULE



Par Accord national et avenant à la Convention Collective Nationale, les partenaires sociaux du paysage ont défini un régime collectif conventionnel de protection sociale complémentaire au bénéfice des salariés cadres des entreprises du paysage.

L'accord précité a fait l'objet de révisions par avenant, le dernier étant l'avenant n°10 du 16 juillet 2024 et concerne la définition des catégories objectives des salariés.

Les partenaires sociaux ont recommandé la CPCEA comme organisme assureur des garanties.

Les dispositions de ce régime, à l'exception de la rente de conjoint, sont mises en œuvre par la CPCEA, Institution de prévoyance, 21, rue de la Bienfaisance – 75382 Paris Cedex 08, dans le cadre d'un contrat collectif à affiliation obligatoire pour l'ensemble des salariés de ces entreprises définis au présent contrat, qui exercent leur activité sur le territoire de la France métropolitaine (y compris la Corse) ou dans les départements et régions d'outre-mer (DROM).

La rente de conjoint est assurée par l'OCIRP, Organisme commun des institutions de rente et de prévoyance, union d'institutions de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale 17, rue de Marignan – 75008 Paris.

La présente notice a pour objet de vous présenter les garanties de prévoyance et de frais de santé prévues par l'Accord national et avenant à la Convention Collective Nationale.

S'agissant des garanties de retraite supplémentaire, vous devez vous référer à la Notice d'information du Plan d'Epargne Retraite CPCEA (assuré par la CPCEA Retraite Supplémentaire) qui vous a été remise par votre employeur.

IMPORTANT

CE DOCUMENT EST
À COMPLÉTER ET À SIGNER
PAR LE SALARIÉ, PUIS À RE-
METTRE À VOTRE SERVICE
DU PERSONNEL.

**ATTESTATION DE
RÉCEPTION DE LA NOTICE
D'INFORMATION**

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

reconnais avoir reçu la Notice d'information du contrat :

.....

Votre entreprise doit conserver la preuve de la remise de la Notice d'information à ses salariés (cf. article "Obligation de l'entreprise adhérente" des Conditions générales).

RÉSERVÉ AU SALARIÉ

À

Le

Signature

TITRE 2

PRESENTATION DE VOTRE REGIME DE PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE

ARTICLE 2.1 OBJET

Le régime de protection sociale complémentaire défini par l'Accord national du paysage du 15 juin 2012 et ses avenants vous permet de bénéficier de garanties de prévoyance et de frais de santé. Ce régime est mis en œuvre par la CPCEA dans le cadre d'un contrat collectif et obligatoire auquel adhère votre employeur.

Votre affiliation à ce contrat vous donne également accès, en cas de difficultés sociales, matérielles ou professionnelles, à des prestations présentant un haut degré de solidarité.

Ces prestations peuvent prendre la forme :

- de droits non contributifs ;
- d'actions de prévention ;
- de prestations d'action sociale.

Elles sont définies annuellement par les partenaires sociaux du Paysage au niveau de la branche.

Vous pouvez en outre bénéficier de l'action sociale de l'Institution.

ARTICLE 2.2 DUREE

Le contrat expire le 31 décembre de son année de souscription et se renouvelle au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction.

ARTICLE 2.3 ORGANISME ASSUREUR

Les garanties du contrat sont assurées par :

- **CPCEA**, Institution de prévoyance, régie par le Code de la Sécurité sociale, sise 21 rue de la Bienfaisance - 75382 Paris Cedex 08, dénommée ci-après « l'Institution »,

La rente de conjoint souscrite par l'entreprise adhérente, est gérée par l'Institution qui agit au nom et pour le compte de l'OCIRP (Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance), assureur de ladite garantie :

- **OCIRP**, 17 rue de Marignan - CS 50 003 - 75008 Paris.

L'OCIRP est une union des institutions de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale dans les conditions prévues à l'article L931-2 dudit code et autorisée à fonctionner par agrément délivré le 12 janvier 1995 par le Ministère chargé de la Sécurité sociale.

CPCEA

Et

OCIRP

sont dénommés ensemble ci-après, « les organismes assureurs ».

La garantie assistance est assurée par :

- **Mutuaide Assistance**, 126 rue de la Piazza - CS 20010 - 93196 Noisy-le-Grand cedex

Les organismes assureurs et Mutuaide Assistance sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS cedex 09.

ARTICLE 2.4 DELEGATION DE GESTION

■ Pour les entreprises de la métropole :

– Prévoyance

La gestion administrative des prestations incapacité temporaire de travail est déléguée aux caisses de la Mutualité Sociale Agricole dont relèvent les entreprises adhérentes et les participants.

– Santé

La gestion administrative des prestations complémentaires frais de santé est déléguée aux caisses de Mutualité Sociale Agricole.

■ Pour les entreprises des départements et régions d'outre-mer (DROM) :

– Prévoyance

La gestion des prestations incapacité temporaire de travail est assurée directement par l'Institution.

– Santé

L'Institution délègue le versement des prestations complémentaires frais de santé à la CCMO Mutuelle, 6, avenue du Beauvaisis, PAE du Haut-Villé, BP 50993, 60014 BEAUVAIS Cedex.

ARTICLE 2.5 GARANTIE ASSISTANCE

Vous bénéficiez d'une garantie assistance proposée par Mutuaide Assistance et définie au Titre 14 de la présente notice d'information.

ARTICLE 2.6 RESEAU DE SOINS

Vous bénéficiez des services proposés par le réseau de soins **Carte Blanche Partenaires**, 26 rue Laffitte - 75009 Paris et décrits au Titre 13 de la présente notice d'information.

ARTICLE 2.7 GROUPE ASSURE

Le groupe assuré est constitué par les salariés :

1. cadres classés C, C 1, C 2, C 3, C 4, C 5 et D dans la grille de classification des emplois et relevant des dispositions conventionnelles de l'article 2.1 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres ;

2. techniciens et agents de maîtrise classés TAM 4 dans la grille de classification des emplois et relevant des dispositions conventionnelles de l'article 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17/11/2017 relatif à la prévoyance des cadres ;
3. techniciens et agents de maîtrise classés TAM 1, TAM 2, TAM 3 dans la grille de classification des emplois et ayant fait l'objet d'un agrément APEC en application du décret 2021-1002 du 30 juillet 2021.

Les catégories de salariés du paragraphe 1 ci-dessus sont nommés « cadres » et ceux des paragraphes 2 et 3 sont nommés « techniciens et agents de maîtrise » dans le présent contrat.

Sont également concernés les salariés qui sont détachés hors de France par leur entreprise, sous réserve qu'ils conservent le bénéfice du régime de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO.

ARTICLE 2.8 AFFILIATION ET PRISE D'EFFET

▼ 2.8.1 Principe : Affiliation obligatoire

Vous êtes obligatoirement affilié au contrat mettant en œuvre ce régime, dès lors que vous êtes présent dans l'entreprise au jour de son entrée en vigueur et que vous remplissez les conditions définies à l'article « Groupe assuré », y compris si vous reprenez une activité dans le cadre d'un cumul emploi retraite.

■ Salariés de métropole (Corse comprise)

Votre affiliation prend effet :

- à la date de prise d'effet du contrat lorsque vous êtes inscrit sur les registres du personnel et que vous faites partie du groupe assuré ;
- à compter de votre date d'entrée dans le groupe assuré lorsque vous êtes engagé ou promu postérieurement à la date de prise d'effet du contrat.

■ Salariés des DROM

Votre entreprise doit formaliser votre affiliation par l'envoi à la CPCEA d'un bulletin d'affiliation cosigné par votre employeur et vous-même. Celle-ci prend effet à la date de réception dudit bulletin.

En complément du bulletin d'affiliation, les pièces suivantes doivent être fournies :

- une photocopie de l'attestation papier accompagnant la carte vitale de la personne assurée (celle du participant, ainsi que celle de ses ayants droit s'ils ne sont pas mentionnés sur l'attestation du participant) ;
- une photocopie du livret de famille ;
- un certificat de scolarité, un certificat d'apprentissage, une attestation de chômeur non indemnisé, une photocopie de la carte d'invalidité ou une attestation de salaire de moins de 55 % du SMIC pour les enfants à charge tels que définis au Titre 8 de la présente notice d'information ;
- un relevé d'identité bancaire (pour le règlement des prestations).

Votre affiliation prend effet :

– à la date de réception de votre bulletin d'affiliation par l'Institution, lorsque l'affiliation est concomitante à l'adhésion de l'entreprise au présent contrat ;

– à compter de votre date d'embauche ou de promotion, lorsque vous êtes engagé ou promu postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat.

Dans tous les cas, la CPCEA confirme votre affiliation par l'envoi d'un certificat d'affiliation.

Vous bénéficiez des prestations du contrat dès le premier jour de prise d'effet de votre affiliation.

▼ 2.8.2 Règles spécifiques pour la garantie frais de santé

Par dérogation au principe d'affiliation obligatoire, et sans préjudice des cas de dispense d'ordre public prévus par les textes législatifs et réglementaires en vigueur, vous pouvez choisir de renoncer à la garantie frais de santé si vous êtes dans l'une des situations suivantes :

■ **vous exercez votre activité à temps partiel ou vous êtes apprenti**, dès lors que la part de votre cotisation frais de santé est égale ou supérieure à 10 % de votre rémunération brute.

Pour ce faire, vous devez effectuer votre demande de dispense d'affiliation à la garantie frais de santé par écrit auprès de votre employeur, au plus tard avant la fin du 1^{er} mois au cours duquel vous avez été embauché.

Toutefois, si la part de votre cotisation frais de santé vient à représenter moins de 10% de votre rémunération brute de façon pérenne (au moins 6 mois consécutifs), l'affiliation à la garantie frais de santé devient de nouveau obligatoire, vous devez alors être affilié et cotiser à l'assurance santé.

■ **vous exercez une activité salariée au sein de plusieurs entreprises adhérentes au présent contrat.**

La cotisation frais de santé est prélevée et versée uniquement par l'entreprise au titre de laquelle vous avez acquis le plus d'ancienneté, sauf si accord écrit entre vos entreprises et vous-même.

Pour ce faire, vous devez informer vos différents employeurs de votre situation et demander par écrit une dispense d'affiliation dans l'entreprise où votre ancienneté est la moins importante, au plus tard le 8 du mois précédant la mise en œuvre de la dispense d'affiliation.

Vous devrez produire chaque année à votre employeur auprès duquel vous bénéficiez d'une dispense d'affiliation tous documents justifiant de la couverture frais de santé souscrite chez votre autre employeur.

■ **vous êtes conjoint, tel que défini au Titre 8 de la présente notice, et vous-même exercez votre activité au sein de la même entreprise.**

L'un de vous est alors affilié en tant que salarié et l'autre en tant qu'ayant droit.

Dès lors, la cotisation frais de santé est due et versée uniquement par celui qui perçoit la rémunération brute la plus élevée.

Pour ce faire, vous devez informer par écrit votre employeur de votre demande de dispense d'affiliation, au plus tard le 8 du mois précédant la mise en œuvre de la dispense d'affiliation.

Dans tous les cas évoqués ci-dessus, votre entreprise doit informer par écrit la CPCEA de votre demande de dispense d'affiliation.

Préalablement à votre demande de dispense, votre employeur doit vous informer des conséquences de votre choix d'être dispensé. Dès lors, votre employeur doit vous indiquer que vous n'êtes pas redevable de la cotisation santé et que vous ne bénéficierez pas des prestations ni du droit à portabilité en cas de rupture de votre contrat de travail.

Vous devez indiquer dans votre demande de dispense que vous reconnaissez avoir été informé en bonne et due forme.



ARTICLE 2.9

CESSATION DE L'AFFILIATION

Sans préjudice du droit à portabilité, **vous** affiliation au contrat cesse :

– à la date à laquelle vous cessez d'appartenir au groupe assuré ;

– à la date de la rupture de votre contrat de travail, quel qu'en soit le motif, étant précisé qu'en cas de cumul Emploi-Retraite, il s'agit de la date de rupture de votre contrat de travail au titre de l'activité cumulée avec votre retraite.

L'affiliation de vos ayants droit à la garantie frais de santé prend fin :

– à la date de cessation de votre affiliation ;

– lorsque vos ayants droit perdent leur qualité au sens du présent contrat.



ARTICLE 2.10

CESSATION DU DROIT AUX GARANTIES

Sans préjudice du droit à portabilité, les garanties de **prévoyance** prennent fin à la date de cessation de votre affiliation dans les conditions prévues ci-dessus.

Toutefois, la garantie décès vous est maintenue si vous êtes indemnisé au titre :

- de la garantie incapacité temporaire de travail ;
- de la garantie incapacité permanente de travail.

En tout état de cause, elles cessent, excepté si vous bénéficiez des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi/Retraite, à la date de liquidation de la pension de vieillesse du régime de base de Sécurité sociale, y compris pour inaptitude au travail.

La cessation du droit aux garanties s'opère toujours de plein droit.

Les garanties **frais de santé** cessent à la date de cessation de votre affiliation ou celle de vos ayants droit dans les conditions prévues à l'article précédent.



ARTICLE 2.11

DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

■ VOTRE CONTRAT DE TRAVAIL EST SUSPENDU ET VOUS ETES INDEMNISE DURANT CETTE PERIODE

Vos garanties de prévoyance et de frais de santé sont maintenues à votre égard et le cas échéant, à vos ayants droit pendant la période de suspension de votre contrat de travail lorsque :

- vous bénéficiez du versement d'indemnités journalières complémentaires ou d'une pension ou d'une rente complémentaire pour cause de maladie, accident de la vie privée, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle pris en charge par le régime de base des assurances sociales. Dans cette situation, vous êtes exonéré, ainsi que votre employeur, du versement des cotisations de prévoyance et de frais de santé pour tout arrêt de travail d'une durée d'un mois civil entier et tant que vous ne reprenez pas votre activité.

- vous bénéficiez d'un revenu de remplacement versé par votre employeur, notamment en cas d'activité partielle, d'activité partielle de longue durée, de congé de reclassement ou de congé de mobilité. Dans cette situation, les cotisations de prévoyance et de frais de santé sont dues dans les mêmes conditions que lorsque vous êtes en activité, pendant toute la période de suspension de votre contrat de travail indemnisée.

■ VOTRE CONTRAT DE TRAVAIL EST SUSPENDU POUR UNE AUTRE CAUSE

Si vous bénéficiez d'un congé prévu par le Code du travail ou votre convention collective ayant pour conséquence la suspension de votre contrat de travail, notamment en cas de congé sans solde, de congé parental, de congé pour création d'entreprise, etc., vous pouvez conserver la garantie frais de santé, sous réserve d'en faire la demande et de vous acquitter de la totalité de la cotisation correspondante (part patronale et part salariale).

La cotisation frais de santé est alors calculée sur la somme des rémunérations brutes ayant donné lieu à cotisations au cours des 4 derniers trimestres civils précédant la suspension de votre contrat de travail.

Votre employeur doit informer la CPCEA de votre situation dans les meilleurs délais.

Pour ce faire, dès réception de cette information, la CPCEA vous adresse une demande de maintien que vous devez lui retourner dûment complétée et signée.

Votre affiliation personnelle prend effet dès le lendemain de la cessation de votre couverture collective, sous réserve que la CPCEA ait reçu votre demande de maintien dans le mois qui suit la suspension de votre contrat de travail. À défaut, votre affiliation s'effectue le 1^{er} jour du mois qui suit la réception de votre demande de maintien.

Le paiement de la cotisation frais de santé s'effectue par prélèvement automatique sur votre compte bancaire.

Selon votre choix, ce prélèvement est effectué :

- mensuellement, le 10 de chaque mois civil ;

- ou trimestriellement, le 10 du premier mois de chaque trimestre civil.

Si vous ne demandez pas le maintien de la garantie frais de santé, celle-ci cesse le dernier jour du mois pour lequel la cotisation frais de santé a été versée par votre employeur.



ARTICLE 2.12

COTISATIONS

■ TAUX ET MONTANT DES COTISATIONS

Les taux et montant des cotisations finançant vos garanties ainsi que leur répartition sont définis par les partenaires sociaux de l'accord national du paysage du 15 juin 2012 et ses avenants.

Les cotisations de prévoyance sont calculées en pourcentage du salaire sur vos rémunérations brutes.

Les cotisations finançant vos garanties de prévoyance, appelées en pourcentage des salaires, sont calculées sur les éléments de votre rémunération brute entrant dans l'assiette des cotisations du régime de base de Sécurité sociale telle que définie à l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale et à l'article L.741-10 du Code rural et de la pêche maritime ainsi que, le cas échéant, sur le revenu de remplacement versé et déclaré par votre employeur, notamment dans le cadre de l'activité partielle, de l'activité partielle de longue durée, du congé de reclassement ou du congé de mobilité.

La cotisation frais de santé est calculée pour partie en pourcentage de salaire et pour une autre partie en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS). Elle ne peut être inférieure à une cotisation minimale exprimée en pourcentage du PMSS.

Elle est due dans son intégralité pour tout mois commencé, y compris en cas d'affiliation, de suspension ou de rupture de votre contrat de travail en cours de mois.

■ MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Excepté en cas de demande de maintien de la garantie frais de santé dans les conditions prévues à l'article 5-10 de la présente notice d'information :

- le financement du régime est assuré conjointement par vous-même et votre employeur, dès votre affiliation ;
- votre part de cotisation est directement précomptée sur votre fiche de paie par votre employeur ;
- votre employeur a la responsabilité du versement total des cotisations.



ARTICLE 2.13

Recours contre tiers responsable

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'Institution est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions du participant, du bénéficiaire ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables conformément à l'article L. 931-11 du Code de la Sécurité sociale. En application de ce texte, lorsque le participant est victime d'un accident (accident de la circulation, accident domestique, agression, ...), il doit, sous

peine de perdre ses droits aux garanties, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident le nom de l'Institution en tant que tiers payeur.

ARTICLE 2.14 PRESCRIPTION

Conformément aux articles L. 932-13 et suivants du Code de la Sécurité sociale, toute action relative aux garanties de votre 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 la garantie frais de santé ;
- par 5 ans en ce qui concerne la garantie incapacité temporaire de travail ;
- par 2 ans en ce qui concerne la garantie incapacité permanente de travail ;
- par 10 ans en ce qui concerne la garantie décès, lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré et par 2 ans lorsque le bénéficiaire est l'assuré.

Toutefois ce délai ne court :

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

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

En application de l'article L. 932-13-3 du Code de la Sécurité sociale, la prescription est interrompue 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par l'Institution à l'entreprise adhérente en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant à l'Institution en ce qui concerne le règlement de la prestation.



ARTICLE 2.15

PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Un traitement de vos données à caractère personnel sera mis en œuvre dans le cadre du contrat. La CPCEA est le responsable de ce traitement. Les données que la CPCEA traite sont indispensables à la mise en œuvre du contrat. Le fondement légal justifiant le traitement des données est soit, l'intérêt légitime de la CPCEA soit, le respect d'une obligation conventionnelle ou réglementaire.

Sont traitées les catégories de données suivantes :

- les données d'identification vous concernant et, s'il y a lieu, ceux de vos ayants droit et de vos bénéficiaires (numéro de Sécurité sociale, civilité, nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse postale, numéro de téléphone, e-mail) ;
- les données relatives à votre situation professionnelle ;
- les données relatives aux décomptes des frais médicaux et de soins ;
- dans le respect du secret médical, les données santé que vous êtes susceptible de communiquer au Médecin conseil de l'Institution ;
- les données bancaires ;
- le cas échéant, le numéro d'identification de votre espace privé du site internet.

Ces données sont traitées pour les finalités suivantes :

- la gestion de la relation contractuelle et commerciale avec l'Entreprise ;
- la gestion administrative et financière du contrat ;
- l'appel de cotisations et le paiement des prestations ;
- la prospection commerciale en vue de la souscription de contrats individuels d'assurance de personnes, améliorant ou complétant les garanties du contrat ;
- l'élaboration de statistiques, d'indicateurs de gestion et de qualité ;
- la gestion des éventuelles procédures de médiation ou des procédures précontentieuses et contentieuses ;
- la lutte contre la corruption, le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
- la lutte contre la déshérence ;
- la gestion de votre espace privé du site internet.

Afin de lutter contre la fraude à l'assurance, des données personnelles pourront être utilisées pour prévenir, détecter et gérer les fraudes quel qu'en soit l'auteur.

Dans le cadre du dispositif de lutte contre la fraude, ces données personnelles peuvent faire l'objet d'un traitement par l'Institution et conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les destinataires de vos données sont :

- la CPCEA et les services de celle-ci ;
- les personnes qui en raison de leurs fonctions sont habilitées à traiter les données et notamment les éventuels mandataires, délégataires de gestion, intermédiaires, réassureurs, coassureurs, distributeurs, les organismes professionnels et organismes assureurs tiers intervenant au contrat.

L'institution s'efforce de limiter au maximum les transferts de données personnelles en dehors de l'Espace économique européen.

Si un transfert de données personnelles en dehors de l'Espace économique européen devait néanmoins être envisagé, l'Institution s'engage à le réaliser conformément à la réglementation applicable et le cas échéant, à l'encadrer de garanties de sécurité appropriées pour assurer un niveau de protection des données adéquat.

Vos données sont conservées pendant la durée du contrat, augmentée de la durée d'archivage et de la durée la plus longue des prescriptions légales.

Dans le cadre du traitement, aucune prise de décision automatisée, y compris le profilage, n'est mise en œuvre.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, d'opposition, ainsi que du droit à la portabilité et à la communication post-mortem de vos données.

Vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant au Délégué à la Protection des Données par courrier électronique à l'adresse : dpo.blf@groupagricar.com

ou par courrier postal à l'adresse :

Groupe AGRICA - Direction Déléguée Maîtrise des Risques - 21, rue de la Bienfaisance 75382 Paris Cedex 08



ARTICLE 2.16

RECLAMATIONS - MEDIATION

En cas de désaccord persistant concernant le contrat et en dehors de toute demande de renseignement ou d'avis, vous pouvez adresser une réclamation :

- soit par courrier au siège de l'Institution, 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 « Contactez-nous » puis, en sélectionnant le motif « Réclamation » dans la partie « Sujet de votre demande ».

Afin que votre demande soit traitée dans les plus brefs délais, vous devez communiquer

- votre code client,
- le domaine concerné (prévoyance).

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

Par la suite, vous pouvez présenter un recours auprès du Médiateur de la protection sociale (CTIP), en adressant le dossier complet :

- soit par courrier au siège du CTIP (Centre Technique des Institutions de Prévoyance) - 10, rue Cambacérès, 75008 PARIS,
- soit par voie électronique sur le site internet du CTIP, www.ctip.asso.fr, en cliquant sur la rubrique « Médiateur de la protection sociale » puis en complétant le formulaire de saisine en ligne.



ARTICLE 2.17

FAUSSE DECLARATION

Les déclarations faites tant par l'entreprise adhérente que par vous-même servent de base aux garanties.

La CPCEA peut opérer une vérification des données ainsi communiquées.

Toute déclaration intentionnellement fausse ou incomplète, réticence, omission ou inexactitude dans la déclaration du risque entraîne l'application des sanctions prévues par le code de la Sécurité sociale, c'est-à-dire, suivant le cas, la nullité de l'assurance ou la réduction des prestations.

Les cotisations payées demeurent acquises à la CPCEA.



ARTICLE 2.18

RESTITUTION DE L'INDU

Conformément aux articles 1302 et 1302-1 du code civil, toute prestation indûment versée fera l'objet d'une demande de restitution par la CPCEA.



ARTICLE 2.19

LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

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

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

La CPCEA procède à nouveau à votre identification lorsqu'elle a de bonnes raisons de penser que l'identité et les éléments d'identification précédemment obtenus ne sont plus exacts ou pertinents, conformément à l'article R 561-11 du Code monétaire et financier.

TITRE 3

VOS GARANTIES DE PREVOYANCE CONVENTIONNELLES



ARTICLE 3.1

GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

3.1.1 Conditions de l'indemnisation

La garantie incapacité temporaire de travail a pour objet le versement d'une indemnité journalière complémentaire en cas d'incapacité temporaire de travail consécutive à une maladie, un accident de la vie privée, une maternité, un accident du travail ou une maladie professionnelle.

Pour ouvrir droit à la garantie incapacité temporaire de travail, vous devez percevoir de la part de la MSA ou de la Sécurité sociale des indemnités journalières au titre du régime de base.

3.1.2 Modalités de l'indemnisation

En cas d'arrêt de travail, vous bénéficiez du versement de l'indemnité journalière complémentaire à compter d'un délai de franchise qui est précisé dans le tableau des garanties de prévoyance figurant au Titre 9 de la présente notice d'information.

3.1.3 Montant de l'indemnisation

Le montant de l'indemnité journalière complémentaire est précisé dans le tableau des garanties de prévoyance figurant au Titre 9 de la présente notice d'information.

Votre salaire journalier brut servant de base au calcul de l'indemnité journalière complémentaire est déterminé selon les mêmes modalités que celles utilisées pour le calcul des indemnités journalières de base de la MSA, à partir de votre salaire brut habituel perçu au cours des 3 mois précédant votre arrêt de travail, augmenté des rémunérations autres que votre salaire mensuel (telles que, le cas échéant, le revenu de

remplacement versé par l'entreprise adhérente, notamment en cas d'activité partielle, d'activité partielle de longue durée, de congé de reclassement ou de congé de mobilité, mais aussi les primes, le 13^{ème} mois) ayant donné lieu à cotisations et retenues au prorata temporis.

En cas de réduction ou de suspension des indemnités journalières versées par la MSA ou par la Sécurité sociale, les indemnités journalières complémentaires versées par la CPCEA sont réduites ou suspendues dans les mêmes conditions et proportions que celles du régime de base.

3.1.4 Règlement des indemnités journalières

Les indemnités journalières complémentaires dues par la CPCEA sont versées par la MSA conjointement aux indemnités journalières dues au titre du régime de base.

Toutefois, pour les départements et régions d'outre-mer (DROM), la CPCEA assurera le versement des indemnités journalières complémentaires.

Si votre employeur continue à vous régler votre salaire durant votre arrêt de travail, la MSA, ou la CPCEA, lui verse directement les indemnités journalières de base et complémentaires.

Dans le cas contraire, les indemnités journalières vous sont versées directement.

3.1.5 Durée de l'indemnisation

Le versement des indemnités journalières complémentaires dure tant que votre incapacité temporaire de travail donne lieu au versement d'indemnités journalières par la MSA ou par la Sécurité sociale au titre du régime de base, y compris si votre contrat de travail est rompu avant la fin de la période d'indemnisation.

Toutefois, si vous bénéficiez du dispositif de cumul emploi retraite, le versement de l'indemnité journalière cesse à la rupture de votre contrat de travail.

En tout état de cause, le versement de l'indemnité journalière cesse :

- lorsque le régime de base ne vous verse plus d'indemnités journalières au titre du régime de base ;
- dès lors que vous reprenez une activité professionnelle à temps plein, quelle que soit la nature de cette activité ;
- lorsque le régime de base vous reconnaît un état d'incapacité permanente de travail ;
- à la date de votre décès.

ARTICLE 3.2

GARANTIE INCAPACITE PERMANENTE DE TRAVAIL

3.2.1 Conditions de l'indemnisation

La garantie incapacité permanente de travail a pour objet le versement d'une pension complémentaire en cas d'attribution par la MSA ou par la Sécurité sociale :

- d'une pension d'invalidité catégorie 1, 2 ou 3 ;
- d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle accordée pour un taux d'incapacité au moins égal à 66,66 %.

3.2.2 Montant de l'indemnisation

Vos prestations incapacité permanente de travail sont précisées dans le tableau des garanties de prévoyance figurant au Titre 9 de la présente notice d'information.

Le salaire annuel brut retenu pour le calcul de votre pension complémentaire est égal à la somme de vos rémunérations et, le cas échéant, du revenu de remplacement versé par votre employeur, notamment en cas d'activité partielle, d'activité partielle de longue durée, de congé de reclassement ou de congé de mobilité, perçues au titre des 4 derniers trimestres civils précédant votre arrêt de travail pour maladie ou accident et ayant donné lieu à cotisations.

Si vous n'avez pas travaillé pendant 4 trimestres civils entiers, votre salaire est reconstitué sur 4 trimestres civils complets.

Toutefois, si vous avez travaillé moins de 3 mois, votre salaire est reconstitué dans la limite de 3 mois maximum.

Le salaire annuel brut retenu pour le calcul de votre pension complémentaire est revalorisé en appliquant le coefficient de revalorisation des prestations sur les exercices concernés.

3.2.3 Règlement de la pension

Pour obtenir le versement de votre pension, vous devez fournir à la CPCEA les **justificatifs** nécessaires à la constitution de votre dossier, notamment la notification de l'attribution par le régime de base d'une pension d'invalidité catégorie 1, 2 ou 3 ou d'une rente attribuée au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle pour un taux d'incapacité au moins égal à 66,66 %.

Votre pension complémentaire vous est réglée par la CPCEA à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil.

3.2.4 Durée de l'indemnisation

Votre pension complémentaire vous est versée tant que votre pension d'invalidité catégorie 1, 2 ou 3 ou votre rente accident du travail ou maladie professionnelle pour un taux d'incapacité au moins égal à 66,66% vous est servie par le régime de base.

En tout état de cause, le versement de votre pension complémentaire attribuée au titre de votre invalidité ou de votre incapacité professionnelle cesse :

- à votre décès, s'il intervient avant la liquidation de votre pension vieillesse ;
- à la date d'attribution de votre pension de vieillesse par un régime de Sécurité sociale et, au plus tard, à la date à laquelle vous pouvez bénéficier de la liquidation d'une pension de vieillesse à taux plein.

ARTICLE 3.3

REVALORISATION DES PRESTATIONS INCAPACITE DE TRAVAIL

La revalorisation de vos prestations complémentaires d'incapacité de travail, temporaire ou permanente, fait l'objet d'un **examen annuel** par le Conseil d'administration de la CPCEA.

ARTICLE 3.4

CUMUL DES PRESTATIONS INCAPACITE DE TRAVAIL

Le cumul de vos prestations incapacité de travail nettes versées au titre du régime de base et du régime complémentaire ainsi que, le cas échéant, vos fractions de salaires nets perçues, **ne peut excéder le montant de votre salaire net d'activité** avant votre incapacité de travail, éventuellement revalorisé.

La majoration pour tierce personne versée par le régime de base au titre d'une pension d'invalidité catégorie 3 ou d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle n'est pas prise en compte pour l'application de la règle de cumul visée ci-dessus.

En cas de changement de niveau de classification professionnelle, l'augmentation de salaire liée à ce changement n'est pas prise en compte dans le plafonnement de la garantie.

La CPCEA peut vous demander de produire tout justificatif qui lui semblerait nécessaire pour vérifier que le montant de votre indemnisation ne dépasse pas les limites définies précédemment. Le défaut de production de ces documents peut entraîner la suspension ou l'interruption du versement de vos prestations.



ARTICLE 3.5

CONTROLE MEDICAL DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL

3.5.1 Contrôle médical

La CPCEA pourra exercer un contrôle médical si vous avez fait une demande d'indemnisation au titre de l'incapacité temporaire ou permanente, et ce afin que l'Institution puisse constater votre état d'incapacité de travail.

Dans le cadre de ce contrôle médical, la CPCEA pourra vous demander de faire établir, par votre médecin traitant, un certificat médical, lequel sera envoyé sous pli confidentiel à l'adresse d'un médecin conseil dûment mandaté par l'Institution. Au vu de ce certificat médical, la CPCEA pourra exercer un contrôle médical directement auprès de vous.

En tout état de cause, vous perdrez tout droit aux prestations en cas de :

- refus de satisfaire aux contrôles médicaux ;
- utilisation de documents inexacts ;
- fausses déclarations ayant pour objet d'induire la CPCEA en erreur sur les effets et les suites de la maladie ou de l'accident.

3.5.2 Contrôle de la persistance des droits

La CPCEA peut vous demander tout justificatif qui lui semblerait nécessaire afin de vérifier que le montant de l'indemnisation ne dépasse pas les limites de cumul des prestations.

Le défaut de production de justificatif peut entraîner la suspension ou l'interruption du versement des prestations



ARTICLE 3.6

CAPITAL DECES

3.6.1 Montant du capital décès

CAPITAL DE BASE

En cas de décès, CPCEA verse aux bénéficiaires un capital de base dont le montant est exprimé en pourcentage du salaire annuel de base.

Le montant du capital de base est précisé dans le tableau des garanties de prévoyance figurant au Titre 9 de la présente notice d'information.

Le salaire annuel brut servant de base au calcul du capital décès est égal à la somme de vos rémunérations et, le cas échéant, du revenu de remplacement versé par votre employeur, notamment en cas d'activité partielle, d'activité partielle de longue durée, de congé de reclassement ou de congé de mobilité, ayant donné lieu à cotisations au titre des 4 derniers trimestres civils ayant précédé votre décès ou votre arrêt de travail si le décès a été précédé d'une période d'arrêt de travail pour maladie ou accident.

Si vous n'avez pas travaillé pendant 4 trimestres civils entiers, votre salaire est reconstitué sur 4 trimestres civils complets. Toutefois, si vous avez travaillé moins de 3 mois, votre salaire est reconstitué dans la limite de 3 mois maximum.

En cas de décès précédé d'une indemnisation au titre de l'incapacité temporaire ou permanente de travail, votre salaire annuel brut est revalorisé en appliquant le coefficient de revalorisation des prestations concernées.

MAJORATIONS FAMILIALES

Le capital de base peut être majoré en fonction de votre situation familiale au moment de votre décès.

Le montant des majorations familiales est exprimé en pourcentage du salaire annuel de base tel que défini ci-dessus.

Le montant des majorations familiales est précisé dans le tableau des garanties de prévoyance figurant au Titre 9 de la présente notice d'information.

MAJORATION POUR DECES ACCIDENTEL

En cas de décès par accident, CPCEA verse à vos bénéficiaires mentionnés ci-dessus un capital décès (capital de base + majorations pour enfant à charge) majoré, sous réserve des conditions suivantes :

- votre décès doit intervenir au plus tard dans les 6 mois suivant le jour de votre accident corporel dûment constaté ;
- vous n'avez repris aucune activité professionnelle depuis la date de votre accident.

La preuve de la nature accidentelle du décès ou de la relation de la cause à effet entre l'accident et le décès incombe aux bénéficiaires.

L'accident se définit, d'une façon générale, comme l'atteinte corporelle, mais non intentionnelle de la part du salarié, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Le montant du capital « Décès accidentel » est précisé dans le tableau des garanties de prévoyance figurant au Titre 9 de la présente notice d'information.

3.6.2 Bénéficiaires du capital décès

Vous avez la possibilité de désigner le ou les bénéficiaire(s) (personnes physiques) de votre capital décès.

Cette désignation se fait :

- **en remplissant le bulletin de désignation** prévu à cet effet, remis par votre employeur ou disponible sur le site Internet www.groupagricar.com ;
- **ou par acte sous seing privé ou acte authentique.**

Afin d'éviter tout risque d'homonymie et pour faciliter la recherche du (des) bénéficiaire(s) désigné(s), vous devez indiquer, pour chaque bénéficiaire, toutes précisions permettant son identification exacte, notamment ses nom, prénom(s), date et lieu de naissance.

Vous pouvez à tout moment modifier votre choix en remplissant un nouveau bulletin.

Toute désignation ou changement de désignation non porté à la connaissance de la CPCEA ne pourra être pris en compte.

Si vous avez désigné plusieurs bénéficiaires, le capital décès est attribué selon la répartition que vous avez expressément indiquée. En l'absence de précision sur la répartition, le capital est versé par parts égales entre les bénéficiaires.

Si l'une des personnes désignées est décédée au jour de votre décès, la part de capital de celle-ci est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective dans le capital décès.

Dans ce cas, vous avez également la possibilité de prévoir que la fraction du capital en principe due au bénéficiaire prédécédé, sera versée aux héritiers de ce dernier ou à un représentant qu'il aura nommément désigné.

À défaut de désignation ou en cas de décès du ou de l'ensemble des bénéficiaires désignés, le capital décès (à l'exception des majorations pour enfants à charge) est attribué selon l'ordre de priorité suivant :

- à votre conjoint, votre cocontractant d'un PACS ou votre concubin ;
- à défaut, à vos enfants, nés ou à naître, dont la filiation est légalement établie, y compris adoptive, par parts égales entre eux ;
- à défaut, à vos ascendants directs survivants par parts égales entre eux ;
- à défaut, à vos petits-enfants vivants par parts égales entre eux ;
- à défaut, à vos autres héritiers selon l'ordre successoral défini aux articles 734 à 755 du Code civil, par parts égales entre eux.

Les majorations pour enfant à charge sont versées aux enfants les ayant générées ou à leur représentant légal. Pour ouvrir droit au versement de cette majoration, l'enfant à charge doit être reconnu comme tel au jour de votre décès.

▼ 3.6.3 Règlement du capital décès

La CPCEA doit transmettre, dans un délai de quinze jours après réception de l'avis de décès et de sa prise de connaissance des coordonnées du (des) bénéficiaire(s), un dossier de demande de règlement de prestations pour demander au(x) bénéficiaire(s) de lui fournir l'ensemble des pièces justificatives suivantes :

- un bulletin de décès ;
- un extrait d'acte de naissance de l'assuré décédé avec mentions marginales (datant de moins de 3 mois) ;
- un certificat médical, à l'attention du Médecin Conseil de la Caisse indiquant la cause du décès ;
- un acte de notoriété ou une attestation dévolutive, ou à défaut de ces documents, l'acte de décès du Participant accompagné de la copie intégrale de son acte de naissance (établi dans les 3 mois suivants le décès du Participant) ;
- un relevé d'identité bancaire au nom des bénéficiaires ;
- une photocopie lisible du livret de famille tenu à jour ;
- une photocopie de la carte d'identité ou du passeport au nom des bénéficiaires.

Si le participant décédé vivait en concubinage :

- une copie intégrale de l'acte de naissance du (de la) concubin(e) (établi dans les 3 mois suivants le décès du Participant) ;
- les justificatifs de deux années de vie commune (factures de téléphone fixe ou mobile, d'électricité, de gaz ou d'eau, quittances de loyer, avis d'imposition ou de non-imposition, relevés de comptes bancaires, etc...) sauf si un enfant est né de cette union de fait.

Si le Participant décédé était divorcé ou séparé de corps :

- une photocopie du jugement de divorce ou de séparation.

Si le Participant décédé était célibataire, divorcé, veuf, séparé de corps, sans enfant :

- une copie intégrale du livret de famille des ascendants, y compris les pages vierges.

Si le Participant décédé était licencié :

- une photocopie de la notification de décision et un avis de paiement de France Travail jusqu'au décès.

Pour le(s) enfant(s) à charge :

- pour les enfants majeurs : certificat de scolarité, contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, attestation de non-indemnisation par France Travail, une photocopie de la carte d'invalidité devenue carte mobilité inclusion (CMI) mention invalidité ou un justificatif attestant d'une mission de service civique ou tout autre document permettant de justifier que l'enfant était à charge du Participant au moment de son décès ;
- le cas échéant, une copie du Juge de divorce ;
- le cas échéant, la désignation du tuteur légal des enfants ou la délibération du conseil de famille ou l'autorisation du jugement des Tutelles.

Les prestations sont versées dans le délai d'un mois civil suivant la réception des pièces nécessaires au paiement. À défaut, les sommes produisent de plein droit intérêt au double du taux légal pendant deux mois puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

Lorsqu'un bénéficiaire n'a pu être identifié à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de prise de connaissance par la CPCEA de votre décès, les sommes dues au titre des prestations décès seront déposées à la Caisse des dépôts et consignations. Ce dépôt libère la CPCEA de ses obligations envers le bénéficiaire.

Par suite, le bénéficiaire a la possibilité de demander le versement de sa prestation auprès de la Caisse des dépôts et consignations.

À défaut de demande de versement, ces sommes sont acquises à l'État dans un délai de trente ans suivant votre décès.

Revalorisation post mortem : entre le jour du décès et la réception des pièces justificatives permettant le versement des sommes par la CPCEA, s'applique une revalorisation annuelle du capital, calculée en application du TME fixé au 1^{er} novembre de l'année précédente. Cette revalorisation est calculée prorata temporis en fonction du délai écoulé.

▼ 3.6.4 Invalidité absolue et définitive

Vous êtes considéré comme étant en invalidité absolue et définitive si vous remplissez la double condition suivante :

- ne plus pouvoir exercer une activité rémunérée ;
- percevoir du régime de base une pension d'invalidité catégorie 3 ou une rente accident du travail ou maladie professionnelle pour un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80 % et nécessitant l'assistance d'une tierce personne.

L'invalidité absolue et définitive ouvre droit :

- dès la fourniture à l'Institution de la constatation médicale,
- pour autant que votre état persiste,
- et à condition que vous ne puissiez pas prétendre à une retraite de base à taux plein notamment au titre de l'incapacité au travail,

au paiement par anticipation entre vos mains ou de votre représentant légal du capital décès de base et de l'éventuelle majoration pour décès accidentel.

Le paiement du capital s'effectue automatiquement **par un versement unique** et met définitivement fin à l'attribution de celui-ci.

Toutefois, les majorations pour enfants à charge seront, le cas échéant, versées à vos enfants à charge au jour du décès.

Lorsque le décès résulte de l'accident à l'origine de votre invalidité absolue et définitive, les éventuelles majorations pour enfants à charge seront également majorées de 50 %.

ARTICLE 3.7 RENTE EDUCATION

La CPCEA verse à votre décès une rente annuelle d'éducation à chacun de vos enfants à charge. Pour les enfants mineurs, elle est versée à leur représentant légal.

Le montant de la rente éducation est précisé dans le tableau des garanties de prévoyance figurant au Titre 9 de la présente notice d'information et est exprimé en nombre de points. La valeur du point est définie chaque année par le Conseil d'administration, après approbation préalable de la commission paritaire de suivi de l'accord du 15 juin 2012.

Cette rente est versée à compter du 1^{er} juillet suivant l'année du décès, sous réserve de la réception par la CPCEA du dossier de demande de versement, dûment complété et accompagné de l'intégralité des pièces justificatives.

Elle est ensuite réglée le 1^{er} juillet de chaque année tant que les intéressés justifient de leur qualité d'enfant à charge.

ARTICLE 3.8 RENTE DE CONJOINT

La garantie rente de conjoint s'inscrit dans le cadre des règles définies par l'OCIRP.

▼ 3.8.1 Rente de conjoint viagère

Votre conjoint survivant ou cocontractant d'un PACS ou concubin (tel que défini au Titre 8 de la présente notice) ouvre droit à votre décès à une rente viagère, dont le montant est exprimé en pourcentage de votre salaire annuel de base (défini à l'article 3-6).

Le montant de la rente viagère est précisé dans le tableau des garanties de prévoyance figurant au Titre 9 de la présente notice d'information.

La date d'effet de la rente est fixée au 1^{er} jour du mois civil qui suit le décès.

La rente est versée trimestriellement et à terme à échoir. Le premier règlement de la rente s'effectue le 1^{er} jour du mois civil qui suit la date de réception par la CPCEA du dossier de demande de versement, dûment complété et accompagné de l'intégralité des pièces justificatives et, au plus tôt, au 1^{er} jour du mois suivant le décès.

Elle cesse d'être due à compter du 1^{er} jour du trimestre civil qui suit la date du décès du bénéficiaire.

▼ 3.8.2 Rente de conjoint temporaire

Si votre conjoint, tel que défini au Titre 8 de la présente notice d'information, ne peut à votre décès bénéficier immédiatement d'une allocation de réversion à taux plein du régime de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO, il ouvre droit au versement d'une rente de conjoint temporaire exprimée en pourcentage de votre salaire annuel de base prévu à l'article 3-6.

La rente de conjoint temporaire est également versée à votre cocontractant d'un PACS ou concubin, tel que défini au Titre 8 de la présente notice d'information, alors même qu'il ne peut prétendre au bénéfice de droits de réversion AGIRC-ARRCO.

Le montant de la rente temporaire est précisé dans le tableau des garanties de prévoyance figurant au Titre 9 de la présente notice d'information.

La date d'effet de la rente est fixée au 1^{er} jour du mois civil qui suit le décès.

La rente est versée trimestriellement et à terme à échoir.

Le premier règlement de la rente s'effectue le 1^{er} jour du mois civil qui suit la date de réception par la CPCEA du dossier de demande de versement, dûment complété et accompagné de l'intégralité des pièces justificatives et, au plus tôt, au 1^{er} jour du mois suivant le décès.

Elle cesse d'être due à la date à laquelle le bénéficiaire atteint l'âge normal pour prétendre au paiement de l'allocation de réversion à taux plein du régime AGIRC-ARRCO.

▼ 3.8.3 Rente d'orphelin

Si vos enfants sont orphelins des deux parents à votre décès, ils ouvrent droit au versement d'une rente d'orphelin exprimée en pourcentage de votre salaire annuel de base prévu à l'article 3-6 de la présente notice d'information.

Le montant de la rente d'orphelin est précisé dans le tableau des garanties de prévoyance figurant au Titre 9 de la présente notice d'information.

La date d'effet de la rente est fixée au 1^{er} jour du mois civil qui suit le décès.

La rente est versée trimestriellement et à terme à échoir tant que l'orphelin répond à la définition d'enfant à charge, tel que défini au Titre 8 de la présente notice d'information, et, en tout état de cause, sans condition jusqu'à l'âge de 21 ans.

Le premier règlement de la rente s'effectue le 1^{er} jour du mois civil qui suit la date de réception par la CPCEA du dossier de demande de versement, dûment complété et accompagné de l'intégralité des pièces justificatives et, au plus tôt, au 1^{er} jour du mois suivant le décès.

3.8.4 Capital décès de substitution

En cas de décès n'ouvrant pas droit aux rentes de conjoint, un capital décès de substitution est attribué à la (aux) personne(s) physique(s) que vous avez désignée(s).

Cette désignation se fait en remplissant le bulletin de désignation prévu à cet effet et disponible sur le site Internet www.groupagricar.com.

Dans le cas où vous désignez plusieurs personnes, le capital est attribué par parts égales entre elles.

En l'absence de désignation ou en cas de décès du ou de l'ensemble des bénéficiaires désignés par le participant, le capital décès est attribué, par parts égales entre eux, selon l'ordre de priorité suivant :

- à vos enfants ;
- à défaut, dans l'ordre, à vos parents, frères et sœurs ;
- à défaut, à vos héritiers.

Le montant du capital décès de substitution, exprimé en pourcentage de votre salaire annuel de base prévu à l'article 3-6, est précisé dans le tableau des garanties de prévoyance figurant au Titre 9 de la présente notice d'information.

Le règlement du capital décès de substitution s'effectue dans les 15 jours suivant la date de réception par la CPCEA du dossier de demande de versement, dûment complété et accompagné de l'intégralité des pièces justificatives.

ARTICLE 3.9 INDEMNITE FRAIS D'OBSEQUES

Si vous décédez ou l'un de vos ayants droit (conjoint, cocontractant d'un PACS, concubin, enfant à charge, tels que définis au Titre 8 de la présente notice d'information) décède, une indemnité frais d'obsèques est versée à la personne qui a supporté personnellement ces frais.

Le montant de l'indemnité frais d'obsèques, exprimé en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) en vigueur au jour du décès, est précisé dans le tableau des garanties de prévoyance figurant au Titre 9 de la présente notice d'information.

La CPCEA procède au règlement de cette indemnité dans les 15 jours suivant la date de réception du dossier de demande de versement, dûment complété et accompagné des pièces justificatives.



ARTICLE 3.10 EXCLUSIONS DES GARANTIES DE PREVOYANCE

Les garanties de prévoyance, à l'exception de la rente de conjoint prévue à l'article 3-8, ne sont pas accordées dans les cas suivants :

- en cas de guerre,
- en cas de participation de vous-même ou du bénéficiaire à un crime, délit intentionnel ou rixe, sauf légitime défense,
- en cas de participation à une émeute ou à un acte de terrorisme,
- en cas de maladies ou d'accidents qui sont de votre fait volontaire, autre que le suicide,
- en cas d'usage de stupéfiants ou de tranquillisants en quantité non prescrite médicalement,
- en cas de pratique de tout sport à titre professionnel.

Pour la garantie rente de conjoint définie à l'article 3-8, les cas d'exclusion sont les suivants :

- le bénéficiaire a commis ou fait commettre un meurtre sur votre personne et a été condamné pour ces faits par décision de justice devenue définitive,
- la France est impliquée dans une guerre étrangère, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à venir,
- en cas de guerre civile ou étrangère dès lors que vous y prenez une part active,
- pour les sinistres survenus à la suite des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes.



ARTICLE 3.11 PORTABILITE DES DROITS

Les dispositions prévues au Titre 6 relatives à la portabilité des droits s'appliquent aux présentes garanties prévoyance.

TITRE 4

OPTION FACULTATIVE : GARANTIE DE MAINTIEN DE SALAIRE

La « **garantie de maintien de salaire** » est une garantie facultative qui peut être souscrite par votre employeur.

Elle a pour objet de permettre à votre employeur de satisfaire à son obligation de maintien de salaire telle qu'elle est prévue par les textes légaux et le chapitre VI des dispositions particulières applicables aux techniciens, agents de maîtrise et cadres de la CCN des entreprises du Paysage.

Il ne s'agit pas d'une garantie de prévoyance mais d'une assurance pouvant être souscrite par votre employeur pour son propre compte.

Lorsque votre employeur souscrit la « garantie maintien de salaire » et que :

- les conditions de ce maintien obligatoire sont remplies, la garantie Incapacité temporaire de travail, telle que visée à l'article 3-1, intervient en complément et en relais de la présente « garantie maintien de salaire » ;
- les conditions de ce maintien obligatoire ne sont pas remplies, les indemnités journalières complémentaires de la garantie Incapacité temporaire de travail sont versées dans les conditions prévues à l'article 3-1.

TITRE 5

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTE

ARTICLE 5.1 OBJET

La garantie frais de santé a pour objet le **remboursement total ou partiel** des dépenses de santé en complétant acte par acte les prestations versées par le régime de base, dans la limite des frais réellement engagés.

ARTICLE 5.2 BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE

Les bénéficiaires de la garantie frais de santé sont :

- **vous-même**, si vous êtes en activité ou si vous êtes indemnisé par le régime de base au titre de l'incapacité temporaire ou permanente de travail consécutive à une maladie, un accident de la vie privée, une maternité, un accident du travail ou une maladie professionnelle ;
- **vos ayants droit**, tels que définis au Titre 8 de la présente notice d'information.

ARTICLE 5.3 ENTREE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE

La garantie entre en vigueur :

pour vous-même :

- dès la prise d'effet de votre affiliation, conformément aux dispositions de l'article 2-8 de la présente notice ;

Pour vos ayants droit :

- à la date de prise d'effet de votre affiliation ;

- à la date de survenance d'un événement modifiant votre situation familiale (mariage, concubinage, PACS, naissance ou adoption d'un enfant) dûment déclaré à la CPCEA ou à la CCMO Mutuelle (pour les DROM).

ARTICLE 5.4 MONTANT DE LA GARANTIE

Les montants des remboursements garantis par le contrat correspondent à ceux indiqués aux tableaux de la garantie frais de santé de l'accord national du 15 juin 2012 et avenants, figurant au Titre 10 de la présente notice d'information.

Le présent contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits « responsables », institué par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures. En cas de modifications législatives et/ou réglementaires, les garanties seront automatiquement révisées dans les conditions et délais fixés par les textes.

A ce titre, il répond à l'ensemble des conditions de prise en charge mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Il respecte en outre les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code.

Les remboursements garantis par le présent contrat s'effectuent, poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la classification commune des actes médicaux, **dans la limite des frais réellement engagés** et dans les conditions prévues au tableau de garanties figurant en annexe de la présente notice d'information.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale et/ou en euros.

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, c'est-à-dire du 1^{er} janvier au 31 décembre, sauf exceptions prévues par la réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au tableau de garanties.

Au titre du dispositif du contrat responsable, le présent contrat prend en charge :

- L'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par le régime de base. Cette prise en charge n'est pas obligatoire pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré. Néanmoins, elle peut être prévue au tableau de garanties ;
- L'intégralité du forfait patient urgences (FPU) ;
- La participation forfaitaire pour les actes mentionnés au I de l'article L.160-16 du Code de la Sécurité sociale (forfait « actes lourds ») ;
- L'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale, sans limitation de durée, facturé uniquement par les établissements de santé **et non par les établissements médico-sociaux** (tels que les maisons d'accueil spécialisées, les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes ...) ;
- L'intégralité des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité pour les équipements du panier de soins 100% santé ;
- En optique, à hauteur des prix limites de vente (PLV) des montures et des verres de classe A fixés par la liste des produits et prestations (LPP) ainsi que la prestation d'appairage et le supplément pour les verres avec filtre afférents à hauteur du PLV.
- En audiologie, à hauteur des PLV des aides auditives de classe I fixés par la LPP ;
- Pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté à hauteur des Honoraires Limites de Facturation (HLF) fixés par la convention nationale dentaire du 21 juin 2018.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO), **celle-ci s'effectue dans la double limite de 100% de la base de remboursement et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à un des dispositifs susvisés, minoré d'un montant au moins égal à 20% de la base de remboursement.**

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge d'équipements d'optique médicale (verres et monture) autres que ceux du panier de soins 100% santé, elle doit respecter les périodes définies pour le renouvellement ainsi que les plafonds énoncés à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, incluant le ticket modérateur et les remboursements effectués par le régime de base.

La prise en charge des équipements d'optique médicale du panier de soins 100% santé et autres que 100% santé est limitée à un équipement (2 verres et une monture) :

- Par période de deux ans pour les participants et ayants droit âgés de 16 ans et plus ;
- Par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ;
- Par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur

En cas d'acquisition d'un équipement complet, ces périodes de renouvellement s'apprécient à partir de la dernière facturation d'un équipement complet ou du dernier élément de l'équipement pris en charge par le régime de base.

En cas d'acquisition séparée des éléments de l'équipement (monture ou verres), le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation, en cas d'évolution de la vue dans les conditions fixées par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale :

- Le délai de deux ans applicable aux participants et ayants droit âgés de 16 ans et plus est réduit à un an pour l'acquisition d'un équipement complet, sur présentation d'une nouvelle prescription médicale ou sur adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance ;
- Le délai d'un an applicable aux enfants de moins de 16 ans est supprimé pour l'acquisition de verres sur présentation d'une nouvelle prescription médicale.

Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à l'une des situations médicales particulières listées par l'arrêté du 3 décembre 2018.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge de dispositifs médicaux d'aides auditives autres que ceux du panier de soins 100% santé, elle doit respecter la période définie pour le renouvellement ainsi que le plafond énoncés à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, incluant le ticket modérateur et les remboursements effectués par le régime de base.

La prise en charge des aides auditives du panier de soins 100% santé et autres que 100% santé **est limitée à un équipement tous les quatre ans décomptés à compter de la dernière facturation d'un appareil pris en charge par le régime de base.** Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment



ARTICLE 5.5

LIMITES ET EXCLUSIONS DE LA GARANTIE

De manière générale, ne sont pas pris en charge :

- les frais engagés au titre d'actes exécutés avant la date d'entrée en vigueur de la garantie frais de santé ou après la cessation de cette garantie ;
- les frais résultant d'actes qui, bien inscrits à la nomenclature des actes professionnels, ne sont pas pris en charge par le régime de base, sauf cas prévus au tableau des garanties figurant au Titre 10 de la présente 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 L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- le coefficient de minoration appliqué au prix facturé en cas de refus par le patient du transport sanitaire partagé tel que prévu à l'article L.322-5 du Code de la Sécurité sociale.



ARTICLE 5.6 ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

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 social de base français.

Par exception, les prestations prévues au tableau des garanties, ne faisant pas l'objet d'un remboursement du régime social de base français, seront prises en charge au titre du présent contrat qu'à la condition d'avoir été effectuées en France.



ARTICLE 5.7 REGLEMENT DES PRESTATIONS

Vos prestations sont réglées directement par la caisse de la Mutualité Sociale Agricole pour la métropole ou par la CCMO Mutuelle pour les DOM.

Le présent contrat met à votre disposition et à vos ayants droit un service de tiers payant (dispense d'avance des frais) sur l'ensemble des garanties prévues par ledit contrat, à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale et à hauteur des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité pour les équipements du panier de soins 100% santé conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale.

L'utilisation du tiers payant auprès d'un professionnel de santé est conditionnée à l'acceptation de ce dernier. Pour justifier du tiers payant, la Mutualité Sociale Agricole ou la CCMO Mutuelle vous délivre une carte complémentaire (sous forme papier) qui devra lui être restitué(e) lorsque vous cessez de bénéficier dudit contrat.



ARTICLE 5.8 CONTROLE DES PRESTATIONS

En cas de suspicion de fraude aux prestations, la Mutualité Sociale Agricole ou la CCMO Mutuelle se réserve la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales et/ou de demander toutes autres justifications qui leur 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, la CPCEA se réserve le droit de récupérer toutes prestations qui vous auront été indûment réglées.



ARTICLE 5.9 PORTABILITE DES DROITS

Les dispositions prévues au Titre 6 relatives à la portabilité des droits s'appliquent aux présentes garanties frais de santé.



ARTICLE 5.10 MAINTIEN DE LA GARANTIE SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL

▼ 5.10.1 A vous-même, en cas de rupture de votre 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, l'Institution vous proposera, dans les 2 mois qui suivent la date de cessation de votre contrat de travail selon l'information transmise par l'entreprise ou la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits, le maintien de vos garanties dans le cadre d'une adhésion 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 bénéficier d'un revenu de remplacement ;
- avoir un contrat de travail rompu et être bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité et percevoir à ce titre des prestations en espèces de son régime de base obligatoire.

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à l'Institution, au plus tard six mois après la date de cessation de la garantie du contrat.

Les tarifs applicables aux anciens salariés pourront être supérieurs aux tarifs globaux en vigueur pour les participants actifs dans les limites fixées par la réglementation.

▼ 5.10.2 A vos ayants droit, si vous décédez

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

Pour être recevable la demande d'adhésion doit parvenir à l'Institution au plus tard dans les 6 mois suivant le décès.

Les tarifs applicables aux ayants droit d'un participant décédé, pourront être supérieurs aux tarifs globaux en vigueur pour les participants actifs dans les limites fixées par la réglementation.

TITRE 6

MAINTIEN DES GARANTIES PREVOYANCE ET FRAIS DE SANTE AU TITRE DE LA PORTABILITE



ARTICLE 6.1 PRESENTATION DU DISPOSITIF

En cas de cessation de votre contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, vous pouvez bénéficier du maintien des garanties prévues par le contrat de votre entreprise 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 dudit contrat.

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



ARTICLE 6.2 BENEFICIAIRES

Vous pouvez continuer à bénéficier des garanties qui vous couvriraient en tant qu'actif lorsque votre contrat de travail a été rompu et que vous remplissez les conditions suivantes :

- ne pas avoir été licencié pour faute lourde ;
- ouvrir droit à l'indemnisation par le régime de l'assurance chômage ;
- avoir été affilié et ouvrir droit aux garanties Frais de santé et Prévoyance avant la rupture de votre contrat de travail.

Le bénéfice de votre couverture Frais de santé est étendu à vos ayants droit s'ils étaient déjà couverts avant la rupture de votre contrat de travail.



ARTICLE 6.3 OUVERTURE ET DUREE DES DROITS A PORTABILITE

En tant qu'ancien salarié, vous avez acquis la possibilité de vous voir ouvrir, sous conditions, des droits à prestations au titre de la portabilité à compter de la date de rupture effective de votre contrat de travail.

La durée du maintien des garanties 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.



ARTICLE 6.4 OBLIGATIONS DE VOTRE ENTREPRISE

Votre entreprise doit informer la CPCEA et la Mutualité Sociale Agricole (ou la CCMO Mutuelle pour les DROM), de la cessation de votre contrat de travail si vous êtes susceptible d'ouvrir droit à la portabilité.



ARTICLE 6.5 VOS OBLIGATIONS

Pour bénéficier des prestations, vous devez justifier auprès de CPCEA, à l'ouverture ainsi qu'au cours de la période de portabilité, que vous remplissez les conditions requises.

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

En cas de décès, l'ensemble des pièces justificatives doivent être produites par le(s) bénéficiaire(s) au moment de la demande d'attribution des prestations décès.

Chaque mois, vous devez adresser une copie des attestations de paiement de France Travail ainsi qu'une copie de l'ensemble des attestations de paiement de France Travail précédant votre arrêt de travail.

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



ARTICLE 6.6

PRESTATIONS

Les prestations qui vous sont accordées au titre de la portabilité sont identiques à celles définies par le présent régime pour les salariés en activité.

Toutefois, pour les prestations incapacité temporaire et permanente de travail, le maintien des garanties ne peut conduire à percevoir une indemnisation globale (y compris indemnisation du régime de base) supérieure à celle des allocations chômage que vous auriez perçues au titre de la même période.

Toute modification de ces prestations intervenant au cours de votre période de portabilité vous est applicable.



ARTICLE 6.7

CESSATION DE LA PORTABILITE

Le maintien des garanties 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 de vos allocations chômage ;
- à la date de liquidation de votre pension d'assurance vieillesse du régime de base, y compris pour inaptitude au travail ;
- à la date de votre décès ;
- en cas de résiliation du 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 régime collectif.

TITRE 7

PIECES A FOURNIR POUR LE REGLEMENT DES PRESTATIONS



ARTICLE 7.1

VERSEMENT DES PRESTATIONS D'INCAPACITE DE TRAVAIL

7.1.1 Incapacité temporaire de travail

Dès qu'il a connaissance de votre arrêt de travail, votre employeur doit le déclarer à l'Institution, via son espace adhérent, ou le cas échéant auprès du délégataire de gestion. Dans ce cadre il est demandé à votre employeur :

- de renseigner les salaires en fonction de la période retenue pour la détermination du salaire de base servant au calcul des prestations prévues au contrat ;
- de fournir au minimum les décomptes des 30 premiers jours indemnisés par le régime de base ;
- d'informer par la suite l'Institution, ou le cas échéant le délégataire de gestion, de tout changement de situation (mi-temps thérapeutique en communiquant le taux de reprise, reprise d'activité...).

L'Institution ou le cas échéant le délégataire de gestion se réserve le droit de demander tout document justificatif complémentaire jugé nécessaire à la constitution ou au suivi du dossier en vue du règlement de la prestation.

Les indemnités journalières complémentaires étant réglées directement par la MSA, les formalités requises par la MSA pour le paiement des indemnités journalières dues au titre du régime de base suffisent à déclencher le paiement des prestations complémentaires.

Ainsi, vous devez adresser à la MSA votre arrêt médical de travail dans les 48 heures qui suivent cet arrêt.

Toutefois, pour les DROM, les indemnités journalières complémentaires sont réglées par la CPCEA dès réception des justificatifs du régime de base.

7.1.2 Incapacité permanente de travail

Dès que vous avez connaissance de votre mise en incapacité permanente de travail par le régime de base, vous devez la déclarer via votre espace client. Dans ce cadre, il vous sera demandé de joindre :

- la notification d'attribution de pension délivrée par le régime de base indiquant le montant brut et net versé ;
- un relevé d'identité bancaire (RIB) à votre nom ;
- un document d'identité en cours de validité (carte d'identité, passeport) ;
- les bulletins de salaire en cas d'activité rémunérée ;
- le certificat de travail en cas de licenciement ;
- la notification d'attribution de l'aide au retour à l'emploi et les avis de versement de France travail indiquant le montant brut et net ;
- les avis d'imposition N-2 et N-3.

L'Institution se réserve le droit de demander tout document justificatif complémentaire qu'elle jugera nécessaire à la constitution ou au suivi du dossier en vue du règlement de la prestation.



ARTICLE 7.2

VERSEMENT DES PRESTATIONS DECES

7.2.1 Capital décès et rente éducation

Votre employeur, ou le(s) bénéficiaire(s) du capital décès, doit (vent) déclarer le décès le plus rapidement possible à la CPCEA, qui lui (leur) adresse alors un dossier de demande de versement du capital décès et de rente éducation. Ce dossier doit être retourné à la CPCEA dûment complété et accompagné des pièces justificatives nécessaires suivantes :

■ POUR LE VERSEMENT DU CAPITAL DECES

La liste des pièces justificatives est précisée à l'article 3-6 de la présente notice.

■ POUR LE VERSEMENT DE LA RENTE EDUCATION

- Selon la qualité de chaque bénéficiaire, un certificat de scolarité, un certificat d'apprentissage, une attestation de chômeur non indemnisé, une photocopie de la carte d'invalidité devenue carte mobilité inclusion (CMI) mention « invalidité » ou une attestation de salaire de moins de 55 % du SMIC ;

- une copie de l'avis d'imposition.

Les pièces justificatives doivent être fournies chaque année.

La CPCEA se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire qu'elle juge nécessaire au règlement des prestations.

▼ 7.2.2 Rente de conjoint

La demande de liquidation OCIRP et l'attestation de l'employeur doivent être retournées à la CPCEA, dûment complétées et accompagnées des pièces justificatives suivantes :

Dans tous les cas pour tous les ayants droit :

- un extrait d'acte de naissance avec filiation ;
- un avis d'imposition ;
- un relevé d'identité bancaire.

En plus, selon le cas :

Pour le salarié décédé :

- un extrait d'acte de décès avec filiation ;
- un certificat médical précisant la cause du décès.

Pour le conjoint (si invalide) :

- le titre de pension d'invalidité.

Pour le concubin :

- un acte de notoriété ou une attestation de la mairie justifiant du caractère permanent du concubinage jusqu'au décès du salarié et sa durée ;
- deux justificatifs de domicile commun au moment du décès (quittance d'électricité et/ou gaz, facture téléphonique, attestation d'assurance) ;
- si invalide, le titre de pension d'invalidité.

Pour le partenaire lié par un PACS :

- le document attestant l'engagement dans les liens du PACS délivré par le greffe du tribunal d'instance ;
- deux justificatifs de domicile commun au moment du décès (quittance d'électricité et/ou gaz, facture téléphonique, attestation d'assurance) ;
- si invalide, le titre de pension d'invalidité.

Pour les enfants :

- âgés de 18 ans à 25 ans, un certificat de scolarité, un certificat d'apprentissage, une attestation de l'organisme de formation professionnelle en alternance, une attestation d'inscription à France Travail ou une attestation d'emploi en CAT en tant que travailleur handicapé ;

- si invalide, titre de pension d'invalidité ou attestation de la CDAPH (ou d'un autre organisme médical habilité) ou, à défaut, un certificat médical ;
- le cas échéant, une copie certifiée conforme du jugement de tutelle nommant le représentant légal des enfants.

Pour les orphelins de père et de mère :

- pour tous, une copie certifiée conforme du jugement de tutelle nommant le représentant légal des enfants ;
- et, pour les enfants âgés de plus de 21 ans, un certificat de scolarité, un certificat d'apprentissage ou une attestation d'inscription à France Travail et, si invalide, titre de pension d'invalidité ou attestation de la CDAPH (ou d'un autre organisme médical habilité) ou, à défaut, un certificat médical.

La CPCEA se réserve le droit de réclamer, le cas échéant, des pièces complémentaires après instruction de votre dossier.

▼ 7.2.3 Indemnité frais d'obsèques

Le décès doit être déclaré à la CPCEA par la personne qui a supporté les frais, qui adresse alors un dossier de demande de versement d'indemnité frais d'obsèques.

Ce dossier doit être retourné à la CPCEA dûment complété et accompagné des pièces justificatives nécessaires au règlement de l'indemnité, et dont la liste est donnée dans ledit dossier, notamment :

- l'acte de décès ;
- la facture acquittée du montant des frais d'obsèques indiquant le nom de la personne ayant procédé au règlement ;
- le relevé d'identité bancaire de la personne qui a supporté les frais d'obsèques si elle ne fait pas partie des bénéficiaires du capital décès ;
- selon le statut du défunt, un justificatif de vie commune de plus de 2 ans, un certificat de scolarité, une attestation de chômeur non indemnisé, une photocopie de la carte d'invalidité.



ARTICLE 7.3

VERSEMENT DES PRESTATIONS FRAIS DE SANTE

▼ 7.3.1 Salariés de métropole

Pour obtenir le remboursement des frais de santé et hormis le cas de la télétransmission par le professionnel de santé, vous devez transmettre à la caisse de Mutualité Sociale dont vous relevez.

Pour les salariés et leurs ayants droit relevant de la MSA

■ **Pour les conjoints et enfants à charge lors du 1^{er} envoi :**

- une photocopie de l'attestation papier accompagnant la carte vitale d'assuré social ;
- une photocopie du livret de famille.

■ **Dans tous les cas, y compris lors du 1^{er} envoi :**

- la feuille de maladie, complétée et signée ;
- l'ordonnance médicale délivrée par le praticien ;

- les factures justifiant du montant des frais réels.

Pour les ayants droit ne relevant pas de la MSA

■ Lors du 1^{er} envoi :

- une photocopie de l'attestation papier accompagnant la carte vitale d'assuré social ;
- une photocopie du livret de famille.

■ Dans tous les cas, y compris lors du 1^{er} envoi :

- les originaux des bordereaux de remboursement du régime social de base ;
- les factures justifiant du montant des frais réels, s'ils n'apparaissent pas sur les décomptes du régime de base.

Autres documents

Outre les pièces mentionnées ci-dessus, vous devez faire parvenir dans les cas suivants :

- **Hospitalisation** : une facture indiquant de façon détaillée le montant du forfait hospitalier, les frais d'hospitalisation et, éventuellement, les frais pour lit d'accompagnant et pour chambre particulière.
- **Cure thermique** : la facture détaillée des frais engagés.
- **Frais d'optique refusés** : la notification de refus de prise en charge du régime social de base ainsi que la prescription médicale, afin de pouvoir définir la base de remboursement du régime social de base.

▼ 7.3.2 Salariés des DROM

Pour obtenir le remboursement des frais de santé et hormis le cas de la télétransmission par le professionnel de santé, vous devez transmettre à la CCMO Mutuelle, 16, rue du Beauvaisis, PAE du Haut-Villé, BP 50993, 60014 Beauvais Cedex, les pièces suivantes :

- les originaux des bordereaux de remboursement du régime de base ;
- les factures justifiant du montant des frais réels, s'ils n'apparaissent pas sur les décomptes du régime de base.

Autres documents

Outre les pièces mentionnées ci-dessus, vous devez faire parvenir dans les cas suivants :

- **Hospitalisation** : une facture indiquant de façon détaillée le montant du forfait hospitalier, les frais d'hospitalisation et, éventuellement, les frais pour lit d'accompagnant et pour chambre particulière.
- **Cure thermique** : la facture détaillée des frais engagés.
- **Frais d'optique refusés** : la notification de refus de prise en charge du régime social de base ainsi que la prescription médicale, afin de pouvoir définir la base de remboursement du régime social de base.

TITRE 8

DEFINITIONS DES AYANTS DROIT



ARTICLE 8.1 DEFINITIONS DES AYANTS DROIT

CONJOINT

Par « conjoint », il faut entendre la personne avec laquelle vous êtes marié . Toutefois, pour le bénéfice des prestations, la personne séparée de corps n'est plus considérée comme votre conjoint.

COCONTRACTANT D'UN PACS

Par « cocontractant d'un PACS », il faut entendre la personne avec laquelle vous avez conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS).

CONCUBIN

Par « concubin », il faut entendre la personne vivant avec vous en concubinage selon les dispositions de l'article 515-8 du Code Civil.

Par ailleurs, les concubins doivent justifier d'au moins deux ans de vie commune et être libres 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 votre union.

ENFANTS A CHARGE

Pour les garanties de prévoyance et frais de santé, à l'exception de la garantie rente de conjoint, les enfants à charge sont définis comme suit :

- vos enfants, nés ou à naître, dont la filiation est légalement établie, y compris adoptive ;
- les enfants que vous avez recueillis et pour lesquels la qualité de tuteur vous est reconnue.

- les enfants de votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS, dont la filiation est légalement établie, sous réserve d'être à votre charge effective, c'est-à-dire si vous subvenez à leurs besoins et assurez leur éducation et, pour les garanties prévoyance, à condition également qu'ils ne donnent pas lieu au versement d'une pension alimentaire par leur autre parent.

Et dès lors que ces enfants remplissent l'une des conditions suivantes :

- être âgés de moins de 20 ans, et s'ils travaillent que leur rémunération n'excède pas 55 % du SMIC ;
- être âgés de moins de 28 ans, sous réserve qu'ils poursuivent leurs études ou qu'ils soient apprentis ou demandeurs d'emploi inscrits à France Travail et non indemnisés ou qu'ils effectuent une mission au titre du Service Civique (étendu jusqu'à 30 ans pour les jeunes en situation de handicap) ;
- quel que soit leur âge, lorsqu'ils sont atteints d'un handicap tel qu'ils ne peuvent exercer une activité professionnelle rémunérée, à condition qu'ils soient titulaires d'une carte d'invalidité devenue carte mobilité inclusion (CMI) mention « invalidité » et que leur état d'invalidité ait été constaté avant leur 21^{ème} anniversaire.

Pour la garantie rente de conjoint, les enfants à charge sont définis de la manière suivante :

- vos enfants, nés ou à naître, dont la filiation est légalement établie, y compris adoptive ;
- les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux de votre ex-conjoint éventuel, de votre conjoint ou concubin ou partenaire lié par un PACS, qui ont vécu au foyer jusqu'au moment de votre décès et si l'autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Et dès lors que ces enfants remplissent l'une des conditions suivantes :

- jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire, sous condition de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre national d'enseignement à distance), d'être en apprentissage, de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes, d'être inscrits auprès de France Travail préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré ou d'être employés dans un centre d'aide par le travail ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés ;
- sans limitation de durée, en cas d'invalidité équivalente à la 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie constatée avant le 26^{ème} anniversaire ou tant qu'ils bénéficient de l'AAH et qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidé civil devenue carte mobilité inclusion (CMI) mention « invalidité » sous réserve d'être âgés de moins de 26 ans à la date du décès.

TITRE 9

TABLEAU DES GARANTIES DE PREVOYANCE

Le tableau des garanties de prévoyance vous est présenté à la page suivante.

GARANTIE	CARACTERISTIQUES DE LA GARANTIE	ARTICLES
GROUPE ASSURE	Le groupe assuré est constitué par les salariés classés TAM 4 dans la grille de classification des emplois et relevant des dispositions conventionnelles de l'article 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17/11/2017 relatif à la prévoyance des cadres, ainsi que des salariés classés TAM 1, TAM 2, TAM 3 dans la grille de classification des emplois et relevant des dispositions conventionnelles de l'article 36 et de l'annexe 1 de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14/03/1947 tel qu'il était en vigueur au 31/12/2018	Art 2-7
SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL		Art 2-11
GARANTIES INCAPACITE DE TRAVAIL		Titre 3
Incapacité temporaire de travail		Art 3-1
Délai de franchise (En cas d'arrêts de travail successifs, lorsque votre premier arrêt est supérieur à 20 jours et si votre nouvel arrêt se produit dans les 180 jours qui suivent, vous bénéficiez du versement de l'indemnité journalière complémentaire dès le 1er jour de ce nouvel arrêt)	20 jours d'arrêt de travail (Délai ramené à 0 jour en cas d'accident du travail ou de trajet, de maladie professionnelle ou de maternité)	
Indemnité journalière complémentaire	-> 365 ^{ème} partie de 75% de la fraction du salaire annuel de base, dans la limite de 1 plafond du régime de base, sous déduction des prestations versées par les assurances sociales agricoles	
	-> 365 ^{ème} partie de 70% de la fraction du salaire annuel de base, au-delà de 1 plafond et dans la limite de 8 plafonds du régime de base, sous déduction des prestations versées par les assurances sociales agricoles	
	Le montant total de votre indemnisation (indemnités journalières de base et complémentaires) est porté à 90% de votre salaire journalier brut lorsque votre employeur doit compléter votre rémunération à ce niveau, dans le cadre de son obligation légale de maintien de salaire (article L.1226-1 du Code du travail)	
Incapacité permanente de travail		Art 3-2
Pension complémentaire		
Invalidité catégories 2 et 3 ou Rente AT/Maladie professionnelle pour un taux d'incapacité supérieure ou égale à 66%	-> 1/12 ^{ème} de 35% de la fraction du salaire annuel de base, dans la limite de 1 plafond du régime de base	
	-> 1/12 ^{ème} de 85% de la fraction du salaire annuel de base, au-delà de 1 plafond et dans la limite de 8 plafonds du régime de base	
Invalidité catégorie 1	-> 1/12 ^{ème} de 21% de la fraction du salaire annuel de base, dans la limite de 1 plafond du régime de base	
	-> 1/12 ^{ème} de 51% de la fraction du salaire annuel de base, au-delà de 1 plafond et dans la limite de 8 plafonds du régime de base	
GARANTIE DECES		Titre 3
Capital décès		Art 3-6
Capital de base	110% du salaire annuel de base	
Majoration pour enfant à charge		
• Par enfant à charge	+ 50% du salaire annuel de base	
• En cas de décès accidentel (accident de la vie privée)	Majoration de 50% du capital décès (capital de base + majorations familiales)	
	100% du capital décès de base + majorations éventuelles en cas d'accident (hors majorations pour enfant à charge)	Art 3-6
Invalidité Absolue et Définitive (IAD)		
Rente éducation		
• Rente versée par enfant à charge et par an	5 000 points	Art 3-7
	À titre d'information, la valeur du point est égale à 0,3074 € au 1 ^{er} janvier 2024.	
Rente de conjoint		
• Rente de conjoint temporaire	5% du salaire annuel de base (majorée de 10% de son montant par enfant à charge au moment du décès)	
• Rente de conjoint viagère	10% du salaire annuel de base (majorée de 10% de son montant par enfant à charge au moment du décès)	
• Rente d'orphelin	10% du salaire annuel de base	
• Capital de substitution (versé au décès du participant n'ouvrant pas droit à la garantie rente de conjoint)	50% du salaire annuel de base (à répartir entre les bénéficiaires définis à l'article 3-6)	
Indemnité frais d'obsèques en cas de décès du participant ou d'un ayant droit	100% PMSS (PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale)	Art 3-9

TITRE 10

TABLEAUX DES GARANTIES FRAIS DE SANTE

TABLEAUX DES GARANTIES FRAIS DE SANTE (hors Alsace-Moselle et Alsace-Moselle)

Les tableaux des garanties frais de santé vous sont présentés aux pages suivantes.

Vous y trouverez à titre indicatif les taux de remboursement du régime de la Sécurité sociale, ainsi que le remboursement complémentaire apporté par l'Accord National du Paysage.

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

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale.

Il répond également aux exigences de prise en charge mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré), du forfait patient urgences, du forfait « actes lourds », du forfait journalier hospitalier et des paniers de soins 100% santé en optique, dentaire et audiologie et respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO) ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optiques et du plafond pour les aides auditives.

Tous les actes bénéficiant d'un remboursement du régime de base de Sécurité sociale font l'objet d'un remboursement complémentaire au minimum au Ticket Modérateur. Le montant total des remboursements ne peut excéder les frais réellement engagés.

Afin de bénéficier de meilleurs tarifs pour réduire votre reste à charge ainsi que celui de vos bénéficiaires, et accéder à des équipements de qualité à moindre frais, la CPCEA vous ouvre le bénéfice d'un **réseau de soins** auprès d'un partenaire : Carte Blanche.

Chaque professionnel de santé sélectionné selon des accords négociés sur la base de critères stricts, vous propose :

- le tiers-payant et un accord de prise en charge en temps réel ;
- des conditions tarifaires négociées en optique sur les verres et montures.

En outre, vous bénéficiez de la **garantie assistance** définie au Titre 14 de la présente notice d'information.

Nature des frais	Remboursement du régime de base hors Alsace Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement total Régime de base inclus
SOINS COURANTS			
• Honoraires médicaux (y compris téléconsultation) :			
- Dépassement d'honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Dépassement d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	130 % BR	200 % BR
• Honoraires paramédicaux y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti - grippale par les sages femmes par les sages femmes et infirmiers ⁽²⁾	60 % BR ou 70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
• Consultation psychologue (dispositif MonPsy) dans la limite de 12 séances/an	60 % BR	40 % BR	100 % BR
• Analyses et examens de laboratoire :			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	60 % BR à 100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	60 % BR à 100 % BR	140 % BR à 100 % BR	200 % BR
• Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie ⁽³⁾	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de prévention ⁽⁴⁾	de 35 % à 70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
• Honoraires de médecines douces reconnus par le ministère de la Santé : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, micro kinésithérapie, sophrologie, diététiciens, nutritionnistes, pédicures - podologues, ergothérapeutes, psychomotricien, psychologie (hors dispositif MonPsy)	-	35€/séance limité à 2 séances/an/bénéficiaire	35€/séance limité à 2 séances/an/bénéficiaire
• Médicaments			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	65 % BR	35 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	30 % BR	70 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	15 % BR	85 % BR	100 % BR
- Autres honoraires de pharmaciens remboursés par le régime de base y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti-grippale	de 65 % à 100 % BR	de 35 % à 0 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base (médicaments, pilules contraceptives et substituts nicotiniques)	-	100 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire
• Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	100% FR - 60 % BR	100 % FR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires)	60 % BR ou 100 % BR	240 % BR ou 200 % BR	300 % BR
HOSPITALISATION (hors maternité et psychiatrie)			
• Frais de séjour	80 % BR ou 100 % BR	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR
• Honoraires :			
- Dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % BR ou 100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % BR ou 100 % BR	120 % BR ou 100 % BR	200 % BR
• Participation du patient (Forfait actes lourds) ⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR
• Forfait journalier hospitalier ⁽⁶⁾	-	100 % FR	100 % FR
• Forfait patient urgences ⁽⁷⁾	-	100 % FR	100 % FR
• Chambre particulière y compris en ambulatoire ⁽⁸⁾ (par jour/bénéficiaire dans la limite de 60 jours/an)	-	100 % FR	100 % FR
• Frais d'accompagnant pour enfant de moins de 16 ans (par jour/bénéficiaire dans la limite de 60 jours/an)	-	40 €/jour	40 €/jour
MATERNITE			
*plafond de 1000€ / maternité pour les dépassements d'honoraires des médecins adhérents ou non au DPTM et la chambre particulière (hors TM)			
• Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
• Honoraires :			
- Dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	200 % BR
• Chambre particulière (par jour/bénéficiaire)*	-	100 % FR	100 % FR
• Prime de naissance ⁽⁹⁾ : Maternité ou adoption	-	250 €/enfant pour les 2 premiers (350 € à partir du 3 ^{ème})	250 €/enfant pour les 2 premiers (350 € à partir du 3 ^{ème})
PSYCHIATRIE			
• Frais de séjour	80 % BR ou 100 % BR	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR
• Honoraires :			
- Dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % BR ou 100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % BR ou 100 % BR	120 % BR ou 100 % BR	200 % BR
• Forfait journalier hospitalier ⁽⁶⁾	-	100 % FR	100 % FR
• Forfait patient urgences ⁽⁷⁾	-	100 % FR	100 % FR
• Chambre particulière	-	1000 €/an/bénéficiaire	1000 €/an/bénéficiaire
OPTIQUE			
Equipement : 2 verres + monture		1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽¹⁰⁾	
• Équipements 100% santé (Classe A) ⁽¹¹⁾			
- Monture	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
- Verre	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
-Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Autres équipements (Classe B)			
- Monture	60 % BR	100 € - RO	100 €
- Verre unifocal simple ⁽¹²⁾	60 % BR	160 €/verre - RO	160 €/ verre
- Verre unifocal complexe ⁽¹²⁾	60 % BR	220 €/verre - RO	220 €/ verre
- Verre multifocal ou progressif complexe ⁽¹²⁾	60 % BR	300 €/verre - RO	300 €/ verre
- Verre multifocal ou progressif très complexe ⁽¹²⁾	60 % BR	350 €/verre - RO	350 €/ verre
• Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B ⁽¹¹⁾	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Supplément pour verre avec filtre ⁽¹¹⁾	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	390 % BR + 340 € /an/bénéficiaire	450 % BR + 340 € /an/Bénéficiaire
• Lentilles non remboursées par le régime de base	-	290 € /an/bénéficiaire	290 € /an/bénéficiaire
• Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil	-	500 € /an/œil/bénéficiaire	500 € /an/œil/bénéficiaire

Nature des frais	Remboursement du régime de base hors Alsace Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement total Régime de base inclus
DENTAIRE			
• Actes, consultations, soins et prothèses 100% Santé ⁽¹⁾	60 % BR	Frais réels – RO	Frais réels
• Actes, consultations et soins (hors 100% Santé) ⁽¹⁴⁾	60 % BR	100 % FR – RO	100 % FR
• Inlay Onlay (hors 100% Santé)	60 % BR	100 % FR – RO	100 % FR
• Prothèses (hors 100% Santé) :			
- prothèses à honoraires maîtrisés	60 % BR	420 % BR	480 % BR
- prothèses à honoraires libres	60 % BR	420 % BR	480 % BR
- prothèses dentaires non remboursées par le régime de base	-	215 €/an/bénéficiaire	215 €/an/bénéficiaire
• Orthodontie remboursée par le régime de base	60 % ou 100 % BR	310 % BR ou 300 % BR	370 % BR ou 400 % BR
• Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	400 €/an/bénéficiaire	400 €/an/bénéficiaire
• Implantologie (hors couronne implanto-portée), Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	300 €/an/bénéficiaire	300 €/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES ⁽¹³⁾			
• Equipements 100% Santé (Classe I) ⁽¹¹⁾	60 % BR	Frais réels – RO	Frais réels
• Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à moins de 20 ans ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60 % BR	1700 € – RO/oreille	1700 € /oreille
• Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 20 ans	60 % BR	1700 € – RO/oreille	1700 € /oreille
• Aides auditives non remboursées par le régime de base	-	385 €/an/bénéficiaire	385 €/an/bénéficiaire
• Piles et accessoires	60 % BR	40 % BR	100 % BR
CURES THERMALES			
• Frais remboursés par le régime de base : surveillance médicale ⁽³⁾	70 % BR	30 % BR	100 % BR
• Frais de soins et de séjour	65 % ou 70 % BR	35 % ou 30 % BR + 195 €/an/bénéficiaire	100 % BR + 195 €/an/bénéficiaire
DIVERS			
• Transports urgents préhospitaliers (T.U.P.H) remboursés par le régime de base	100 % BR	-	100 % BR
• Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base	55 % BR	145 % BR	200 % BR
• Assistance	-	Mutualide	Mutualide
• Réseau de soins	-	Carte Blanche réseau optique	Carte Blanche réseau optique

BR: Base de remboursement FR: Frais réels RO: Régime obligatoirement

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM ACO). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité.

(2) Honoraires paramédicaux non conventionnés : 90 % FR dans la limite de 300 % BR du secteur conventionné.

(3) En cas de dépassement d'honoraires se référer au poste soins courants « honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes ».

(4) 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 eff. ecuté 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).

(5) **Forfait actes lourds** : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(6) **Forfait journalier hospitalier** : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(7) **Forfait patient urgences** : participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L.160-13- I du code de la sécurité sociale.

(8) Pour les établissements non conventionnés : 90 % FR limité à 60 jours/an/bénéficiaire.

(9) Prime de naissance maternité ou adoption : versée après demande auprès du régime de base sur justificatif.

(10) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(11) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(12) verre unifocal simple Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries
- verre neutre

verre unifocal complexe Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries

verre multifocal ou progressif complexe Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 8 dioptries

verre multifocal ou progressif très complexe Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S > 8 dioptries

(13) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 € / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

(14) Les consultations de médecins stomatologues sont remboursés au titre des honoraires de médecins spécialistes.

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.

Nature des frais	Remboursement du régime de base Alsace Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement total Régime de base inclus
SOINS COURANTS			
● Honoraires médicaux (y compris téléconsultation) :			
- Dépassement d'honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	100 % FR – RO	100 % FR
- Dépassement d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	110 % BR	200 % BR
● Honoraires paramédicaux y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti - grippale par les sages femmes par les sages femmes et infirmiers ⁽²⁾	90 % BR	100 % FR – RO	100 % FR
● Consultation psychologue (dispositif MonPsy) dans la limite de 12 séances/an	90 % BR	10 % BR	100 % BR
● Analyses et examens de laboratoire :			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR à 100 % BR	100 % FR – RO	100 % FR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR à 100 % BR	110 % BR à 100 % BR	200 % BR
● Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie ⁽³⁾	90 % BR	10 % BR	100 % BR
Actes de prévention ⁽⁴⁾	de 35 % à 90 % BR	100 % FR – RO	100 % FR
● Honoraires de médecines douces reconnus par le ministère de la Santé : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, micro kinésithérapie, sophrologie, diététiciens, nutritionnistes, pédicures - podologues, ergothérapeutes, psychomotricien, psychologie (hors dispositif MonPsy)	-	35€/séance limité à 2 séances/an/bénéficiaire	35€/séance limité à 2 séances/an/bénéficiaire
● Médicaments			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	90 % BR	10 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	80 % BR	20 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	15 % BR	85 % BR	100 % BR
- Autres honoraires de pharmaciens remboursés par le régime de base y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti-grippale	de 65 % à 100 % BR	de 35 % à 0 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base (médicaments, pilules contraceptives et substituts nicotiniques)	-	100 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire
● Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	90 % BR	100% FR – 90 % BR	100% FR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires)	90 % BR ou 100 % BR	210 % BR ou 200 % BR	300 % BR
HOSPITALISATION (hors maternité et psychiatrie)			
● Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
● Honoraires :			
- Dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % FR – RO	100 % FR
- Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	200 % BR
● Participation du patient (Forfait actes lourds) ⁽⁵⁾	100 % BR	-	100 % FR
● Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	100 % BR	-	100 % FR
● Forfait patient urgences ⁽⁷⁾	100 % BR	-	100 % FR
● Chambre particulière y compris en ambulatoire ⁽⁶⁾ (par jour/bénéficiaire dans la limite de 60 jours/an)	-	100 % FR	100 % FR
● Frais d'accompagnant pour enfant de moins de 16 ans (par jour/bénéficiaire dans la limite de 60 jours/an)	-	40 €/jour	40 €/jour
MATERNITE			
*plafond de 1000€ / maternité pour les dépassements d'honoraires des médecins adhérents ou non au DPTM et la chambre particulière (hors TM)			
● Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
● Honoraires :			
- Dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % FR – RO	100 % FR
- Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	200 % BR
● Chambre particulière (par jour/bénéficiaire)*	-	100 % FR	100 % FR
● Prime de naissance ⁽⁹⁾ : maternité ou adoption	-	250 €/enfant pour les 2 premiers (350 € à partir du 3 ^{ème})	250 €/enfant pour les 2 premiers (350 € à partir du 3 ^{ème})
PSYCHIATRIE			
● Frais de séjour	100 % BR	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR
● Honoraires :			
- Dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % FR – RO	100 % FR
- Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	200 % BR
● Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	100 % FR	-	100 % FR
● Forfait patient urgences ⁽⁷⁾	100 % FR	-	100 % FR
● Chambre particulière	-	1000 €/an/bénéficiaire	1000 €/an/bénéficiaire
OPTIQUE			
Équipement : 2 verres + monture		1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽¹⁰⁾	
● Equipements 100% santé (Classe A) ⁽¹¹⁾			
- Monture	90 % BR	Frais réels – RO	Frais réels
- Verre	90 % BR	Frais réels – RO	Frais réels
-Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	90 % BR	Frais réels – RO	Frais réels
● Autres équipements (Classe B)			
- Monture	90 % BR	100 € – RO	100 €
- Verre unifocal simple ⁽¹²⁾	90 % BR	160 €/verre – RO	160 €/ verre
- Verre unifocal complexe ⁽¹²⁾	90 % BR	220 €/verre – RO	220 €/ verre
- Verre multifocal ou progressif complexe ⁽¹²⁾	90 % BR	300 €/verre – RO	300 €/ verre
- Verre multifocal ou progressif très complexe ⁽¹²⁾	90 % BR	350 €/verre – RO	350 €/ verre
● Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B ⁽¹¹⁾	90 % BR	Frais réels – RO	Frais réels
● Supplément pour verre avec filtre ⁽¹¹⁾	90 % BR	Frais réels – RO	Frais réels
● Lentilles remboursées par le régime de base	90 % BR	390 % BR + 340 € /an/bénéficiaire	480 % BR + 340 € /an/Bénéficiaire
● Lentilles non remboursées par le régime de base	-	290 € /an/bénéficiaire	290 € /an/bénéficiaire
● Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil	-	500 €/an/œil/bénéficiaire	500 €/an/œil/bénéficiaire

Nature des frais	Remboursement du régime de base Alsace Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement total Régime de base inclus
DENTAIRE			
• Actes, consultations, soins et prothèses 100% Santé ⁽¹¹⁾	90 % BR	Frais réels – RO	Frais réels
• Actes, consultations et soins (hors 100% Santé) ^(12a)	90 % BR	100 % FR – RO	100 % FR
• Inlay Onlay (hors 100% Santé)	90 % BR	100 % FR – RO	100 % FR
• Prothèses (hors 100% Santé) :			
– prothèses à honoraires maîtrisés	90 % BR	410 % BR	500 % BR
– prothèses à honoraires libres	90 % BR	410 % BR	500 % BR
– prothèses dentaires non remboursées par le régime de base	–	215 €/an/bénéficiaire	215 €/an/bénéficiaire
• Orthodontie remboursée par le régime de base	90 % ou 100 % BR	300 % BR	390 % BR ou 400 % BR
• Orthodontie non remboursée par le régime de base	–	400 €/an/bénéficiaire	400 €/an/bénéficiaire
• Implantologie (hors couronne implanto-portée), Parodontologie non remboursée par le régime de base	–	300 €/an/bénéficiaire	300 €/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES ⁽¹³⁾			
• Equipements 100% Santé (Classe I) ⁽¹¹⁾	90 % BR	Frais réels – RO	Frais réels
• Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à moins de 20 ans sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	90 % BR	1700 € – RO/oreille	1700 € /oreille
• Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 20 ans	90 % BR	1700 € – RO/oreille	1700 € /oreille
• Aides auditives non remboursées par le régime de base	–	385 €/an/bénéficiaire	385 €/an/bénéficiaire
• Piles et accessoires	90 % BR	10 % BR	100 % BR
CURES THERMALES			
• Frais remboursés par le régime de base : surveillance médicale ⁽¹⁴⁾	90 % BR	10 % BR	100 % BR
• Frais de soins et de séjour	65 % ou 90 % BR	35 % ou 10 % BR + 195 € /an/bénéficiaire	100 % BR + 195 € /an/bénéficiaire
DIVERS			
• Transports urgents préhospitaliers (T.U.P.H) remboursés par le régime de base	100 % BR	–	100 % BR
• Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base	100 % BR	100 % BR	200 % BR
• Assistance	–	Mutuaide	Mutuaide
• Réseau de soins	–	Carte Blanche réseau optique	Carte Blanche réseau optique

BR: Base de remboursement FR: Frais réels RO: Régime obligatoire

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM ACO). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité.

(2) Honoraires paramédicaux non conventionnés : 90 % FR dans la limite de 300 % BR du secteur conventionné.

(3) En cas de dépassement d'honoraires se référer au poste soins courants « honoraires médicaux – Honoraires des médecins spécialistes ».

(4) 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).

(5) **Forfait actes lourds** : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(6) **Forfait journalier hospitalier** : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(7) **Forfait patient urgences** : participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L.160-13-1 du code de la sécurité sociale.

(8) Pour les établissements non conventionnés : 90 % FR limité à 60 jours/an/bénéficiaire.

(9) Prime de naissance maternité ou adoption : versée après demande auprès du régime de base sur justificatif.

(10) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(11) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(12) verre unifocal simple Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries
- verre neutre

verre unifocal complexe Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries

verre multifocal ou progressif complexe Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 8 dioptries

verre multifocal ou progressif très complexe Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S > 8 dioptries

(13) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 € / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

(14) Les consultations de médecins stomatologues sont remboursés au titre des honoraires de médecins spécialistes.

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.

TITRE 11

GLOSSAIRE

100% SANTE

Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable sont remboursés intégralement (remboursement du régime de base obligatoire et de la complémentaire santé) sur des prestations d'optique, dentaire et d'audiologie.

Les contrats de complémentaire santé responsables remboursent obligatoirement la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par le régime de base obligatoire, **dans la limite des tarifs plafonnés prédéfinis pour les actes des paniers « 100% santé »**.

Les opticiens, les audioprothésistes, les chirurgiens-dentistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100% santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% santé ».

AIDES AUDITIVES

Appareils améliorant l'audition de la personne qui souffre de déficit auditif. Il existe différents types d'aides auditives : contours d'oreille classiques, contours à écouteur déporté, prothèse intra-auriculaires, lunettes auditives et appareils boîtiers.

Ces aides auditives ne peuvent être délivrées que par des audioprothésistes sur prescription médicale.

Les conditions de remboursement sont révisées dans le cadre de la Réforme 100% Santé et des contrats responsables avec la mise en place de prix limite de vente et une prise en charge intégrale de la part de la sécurité sociale et des organismes complémentaires santé.

Pour les autres types d'aides auditives, non prises en charge dans le panier « 100% santé » le niveau de remboursement dépend du niveau de garantie choisi.

Avant la vente, les audioprothésistes doivent remettre au patient un devis normalisé faisant systématiquement apparaître à minima un équipement de l'offre « 100% santé ».

Synonymes : audioprothèses, prothèses auditives, appareils auditifs

BASE DE REMBOURSEMENT

Tarif servant de référence au régime de base pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut dans certaines situations être supérieur à la base de remboursement, par exemple lors d'une consultation auprès d'un médecin de secteur 2.

On distingue :

- Le Tarif de convention (TC) est le tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professionnels de santé conventionnés.
- Le Tarif d'Autorité (TA) est le tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement lorsque le professionnel de santé n'est pas conventionné. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Le Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Autres synonymes : Tarif de référence, base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

CONTRAT RESPONSABLE

Contrat santé répondant à l'ensemble des conditions de prise en charge mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et respectant les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code.

Il encourage le respect du parcours de soins coordonnés reposant sur le choix d'un médecin traitant déclaré auprès de la Sécurité sociale par l'assuré.

Par contre, **les dépassements et majorations liés au non-respect du parcours de soins, la participation forfaitaire applicable aux consultations et à certains examens médicaux et les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport ne sont pas remboursés. Le coefficient de minoration appliqué au prix facturé en cas de refus par le patient du transport sanitaire partagé n'est également pas pris en charge.**

CONTRAT SOLIDAIRE

Contrat qualifié de « solidaire » par la loi, lorsque l'organisme complémentaire d'assurance maladie ne détermine pas les cotisations de son contrat en fonction de l'état de santé de l'individu couvert, et pour les adhésions ou souscriptions individuelles ne recueille aucune information médicale.

CONVENTIONNE/NON CONVENTIONNE

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession. Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels qui s'engagent à les respecter.

Les frais pris en charge par le régime de base obligatoire et, dans certains cas par le régime complémentaire, varient selon que le professionnel ou l'établissement de santé a passé ou non une convention avec le régime de base obligatoire et se conforme aux conditions et tarifs de facturation prévus par celle-ci.

CURE THERMALE

C'est un séjour dans un centre thermal afin de traiter certaines affections. Les cures thermales sont remboursées par l'assurance maladie obligatoire sous certaines conditions. Elles doivent notamment être prescrites par un médecin.

DEPASSEMENT 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.

Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM/OPTAM-ACO).

ETABLISSEMENTS DE SANTE :

C'est une structure qui délivre des soins avec hébergement ou sans nuitée (hospitalisation ambulatoire) ou encore à domicile. Les centres thermaux ne sont pas considérés comme des établissements de santé.

Synonymes : hôpital, clinique, centre hospitalier.

FORFAIT ACTES LOURDS

Il s'agit d'une participation forfaitaire à la charge de l'assuré sur certains actes en remplacement du ticket modérateur habituel. Cette participation s'applique :

- sur les actes pratiqués en ville, dans un centre de santé, ou en établissement de santé dans le cadre de consultations externes, dont le tarif est supérieur ou égal à un montant fixé par l'Etat (120 euros en 2025) ou dont le coefficient est égal ou supérieur à 60.
- aux frais d'une hospitalisation en établissement de santé, y compris en hospitalisation à domicile (HAD), au cours de laquelle est effectué un acte thérapeutique ou diagnostique dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60.
- aux frais d'une hospitalisation consécutive à une hospitalisation répondant aux conditions mentionnées ci-dessus et en lien direct avec elle.

Depuis le 1er janvier 2019, le montant de ce forfait est de 24 euros.

Certains actes et certaines personnes peuvent être exonérées de ce ticket modérateur forfaitaire, et, à ce titre, ne sont pas concernés par le forfait sur les actes dits « lourds » conformément à l'article R160-16-II et R160-16-V du code de la Sécurité sociale.

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.

FORFAIT PATIENT URGENCES

Participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L.160-13- I du code de la sécurité sociale.

FRAIS DE SEJOUR

Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses...

En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

FRAIS REELS

Terme qui 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 tiendra également compte de l'application éventuelle de franchises, participation forfaitaire d'un euro ainsi qu'en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés, de l'application éventuelle de dépassement 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 de base obligatoire et que la législation sur les complémentaires santé « responsables » lui interdit de prendre en charge.

Certaines garanties de complémentaire santé prévoient une prise en charge aux frais réels. Dans ce cas, la totalité des dépenses engagées par l'assuré est remboursée, notamment dans le cadre de la réforme 100% Santé. Ces dépenses sont limitées par le prix limite de vente des équipements optiques, des aides auditives et des honoraires limites de vente en dentaire qui doivent être respectés par les professionnels de santé.

HONORAIRE LIMITE DE FACTURATION

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec le régime de base obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ». Progressivement, des honoraires limites de facturation seront appliqués à certaines prothèses dentaires, dont celles contenues dans le panier « 100% santé ».

HONORAIRES PARAMEDICAUX

Professionnels paramédicaux (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues...) dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par le régime de base obligatoire.

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.

MATERIEL MEDICAL

Biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par le régime de base obligatoire.

Il s'agit de matériels d'aide à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles...

MATERNITE

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

OPTAM/OPTAM-ACO (OPTIONS PRATIQUES TARIFAIRES MAÎTRISÉES)

Options négociées au niveau national entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins signataires de la Convention médicale de 2016, visant à modérer les dépassements d'honoraires.

L'OPTAM est une option pour les médecins toutes spécialités et l'OPTAM-ACO est une option spécifique pour les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens et les anesthésistes-réanimateurs..

OPTIQUE

Dispositifs médicaux permettant de corriger des troubles de la vue tels que l'hypermétropie, l'astigmatisme, la myopie ou encore la presbytie. Il s'agit soit de lunettes (deux verres et une monture) soit des lentilles.

Les conditions de remboursement sont révisées dans le cadre de la Réforme 100% Santé et des contrats responsables avec la mise en place de prix limite de vente et une prise en charge intégrale de la part de la sécurité sociale et des organismes complémentaires santé.

L'offre « 100% Santé » n'est pas exclusive : il est possible d'opter pour un équipement « mixte » composé de verres de l'offre « 100% Santé » et d'une monture d'une autre offre, ou inversement.

Pour les autres types d'équipement, non pris en charge dans le panier « 100% santé », le niveau de remboursement dépend du niveau de garantie choisi.

Les opticiens doivent établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% Santé ».

Au-delà des lunettes, la chirurgie réfractive permet également de corriger certains troubles visuels.

PLAFOND MENSUEL DE LA SECURITE SOCIALE (PMSS)

Plafond mensuel de la sécurité sociale qui est basé sur un salaire plafonné servant au calcul des cotisations sociales de base. Il peut également être utilisé comme base pour une expression de garanties ou un taux de cotisation. Ce montant est revu annuellement.

PRIX LIMITE DE VENTE

Prix maximum de vente d'un dispositif médical proposé à l'assuré, autrement appelé PLV. On parle également de « tarifs plafonnés ».

La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire est assortie d'un prix limite de vente.

PROTHESES DENTAIRES

Prothèses dentaires remplaçant ou consolidant une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types : les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges, les prothèses fixes remboursées (couronne métallique, céramo-métallique, zircone et céramo-céramique) et les prothèses amovibles (« dentiers »).

Les conditions de remboursement sont révisées dans le cadre de la Réforme 100% Santé et des contrats responsables avec la mise en place d'honoraires limites de facturation et une prise en charge intégrale de la part de la sécurité sociale et des organismes complémentaires santé.

Les prothèses dentaires qui n'entrent pas dans le panier de soins « 100% Santé », pouvant également être soumises à des honoraires limites de facturation, sont prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire dans les mêmes conditions.

Le chirurgien-dentiste doit établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% Santé ».

SOINS DENTAIRES

Il s'agit de l'ensemble des actes effectués par un chirurgien-dentiste ou un stomatologue destiné à la prévention et aux traitements des problèmes bucco-dentaires.

Il s'agit :

- des consultations auprès d'un chirurgien-dentiste,
- des soins conservateurs tels que le détartrage, le traitement d'une carie, etc...
- des soins chirurgicaux,
- des examens bucco-dentaires de prévention mis en place par l'Assurance maladie (ainsi que les soins complémentaires et consécutifs s'y rapportant)

TELECONSULTATION

Acte de télémedecine qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de pratiquer une consultation à distance pour un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation.

Pour être remboursée par le régime obligatoire de base, la téléconsultation doit être réalisée dans certaines conditions notamment pratiquée par un médecin libéral conventionné dans le respect du parcours de soins coordonnés.

TICKET MODERATEUR

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le régime de base obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire ou d'une franchise).

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 de base obligatoire et/ou les assureurs complémentaires santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient.

Synonyme : dispense d'avance des frais

TITRE 12

LE RÉSEAU DE SOINS

Le réseau vous permet de bénéficier du tiers payant, c'est à dire la dispense d'avance des frais sur vos équipements optiques.

Carte Blanche assure la traçabilité des équipements. De plus, les opticiens partenaires offrent des prestations gratuites pour les assurés tels que l'entretien et le ré-ajustage des lunettes.

Les garanties des opticiens partenaires du Réseau Carte Blanche:

- Casse verres et monture de 2 ans (avec une franchise limitée à 40%);
- Adaptation verres unifocaux et multifocaux de 6 mois;
- Traitement antireflet de 2 ans;
- Adaptation et déchirure lentilles 3 mois.

Les tarifs des verres pour les bénéficiaires Carte Blanches sont de 35 à 40% inférieurs aux prix du marché.

L'offre Carte Blanche - Prysme

Carte Blanche propose aux assurés une monture fabriquée en France et équipée de verres simples ou progressifs sans reste à charge pour l'assuré (sous conditions de garantie).

TITRE 13

GARANTIE ASSISTANCE



ARTICLE 13.1 PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Ci-après le tableau récapitulatif des prestations au titre de la garantie assistance

 PRESTATIONS D'ASSISTANCE (PAR BÉNÉFICIAIRE ET PAR AN)

INFORMATIONS ET SERVICES SANTÉ	
• Informations pratiques et juridiques	Inclus
• Informations par téléphone pour les adresses des professionnels de santé proches du domicile	Inclus
• Recherche et envoi d'un professionnel de santé	Inclus
• Réservation d'un lit en milieu hospitalier	Inclus
• Mise en relation avec un médecin	Inclus
• Soutien psychologique en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile	6 entretiens par événement
ASSISTANCE DE L'ENFANT MALADE (durée minimale de l'immobilisation 3 jours)	
• Garde d'enfant malade ou venue d'un proche	Frais de garde 30 heures ou frais de transport 2 fois par an par enfant
ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION (durée minimale de l'hospitalisation 4 jours)	
• Accompagnement administratif et social	Inclus
• Enfants mineurs de moins de 16 ans : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
• Ascendants : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
ASSISTANCE AU RETOUR D'HOSPITALISATION OU EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE (durée minimale de l'hospitalisation 4 jours ou de l'immobilisation 10 jours)	
• Organisation et prise en charge de la venue d'un proche	Frais de transport 2 fois par an
• Aide-ménagère	10 heures réparties sur 30 jours 2 fois par an
• Recherche et livraison de repas*	1 livraison par jour pendant 15 jours 2 fois par an
• Recherche et livraison de médicaments*	6 livraisons par an
ASSISTANCE EN CAS DE DÉPLACEMENT EN FRANCE OU À L'ÉTRANGER	
• Avance de frais médicaux (à l'étranger)	7 500 € par événement
• Rapatriement médical (à plus de 100 km du domicile)	Frais de rapatriement par événement

* Garanties non cumulables avec l'aide-ménagère.

Pour bénéficier des services de l'assistance, le salarié devra, au moment de l'événement, contacter MUTUAIDE ASSISTANCE au 01 55 98 57 99.
Services disponibles 7 jours sur 7 – 24 heures sur 24 depuis la France et l'étranger.



ARTICLE 13.2

CONDITIONS GENERALES DE LA GARANTIE ASSISTANCE

ARTICLE 1

Dispositions générales de la garantie Assistance

1. Objet de l'assistance

La garantie ASSISTANCE est assurée par MUTUAIDE ASSISTANCE (entreprise régie par le Code des assurances située 126 rue de la Piazza, 93160 Noisy-le-Grand) est proposée en inclusion de la garantie Frais de santé des salariés relevant du groupe assuré défini aux Conditions Générales « Accord national du Paysage – techniciens, agents de maîtrise et cadres ». Elle comprend un ensemble de prestations mises en œuvre :

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

2. Bénéficiaires

- Les salariés TAM ou cadres des entreprises du Paysage;
- Leurs ayants droit tels que définis au Titre 8.

3. Début et fin de la garantie

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

4. Définitions

L'assistance Santé

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

Domicile

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

Événements garantis

Pour l'assistance Santé :

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

Pour l'assistance aux personnes en déplacement :

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

Hospitalisation

Séjour d'une durée égale ou supérieure à 48 heures, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle grave. Un séjour en maternité d'une durée inférieure à 12 jours n'est pas considéré comme une hospitalisation.

Immobilisation d'un bénéficiaire au domicile

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

Atteinte corporelle grave

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

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

L'intoxication alimentaire est assimilée à un accident.

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

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

Blessure

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

Proche

Toute personne physique désignée par le bénéficiaire domiciliée :

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

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

L'assistance aux personnes en déplacement

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

La garantie organise

La garantie accomplit les démarches nécessaires pour accomplir la prestation.

La garantie prend en charge

La garantie finance le coût de la prestation.

5. Étendue territoriale de la garantie

Pour l'assistance Santé :

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

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

6. Modalités de mise en œuvre de la garantie

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

En tout état de cause l'assistance qui n'a pas été organisée par MUTUAIDE 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, le bénéficiaire ou son représentant doit contacter MUTUAIDE préalablement à toute intervention. Lors du premier appel, un numéro de dossier d'assistance lui sera communiqué. Il devra le rappeler systématiquement, lors de toutes relations ultérieures avec le service.

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

	de France ou de l'étranger	de l'étranger
Par téléphone	01 55 98 71 07	01 55 98 71 07
Par fax	01 45 16 63 92 ou 01 45 16 63 94	01 45 16 63 92 ou 01 45 16 63 94 précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international

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

Éléments à communiquer

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

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

Remboursement des frais engagés

MUTUAIDE rembourse, après accord exprès, 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

Service Gestion des Sinistres

126 rue de la Piazza,
93160 Noisy-le-Grand.

Contrôle

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

7. Limites de responsabilité

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

- les dommages résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire conformément à l'article L. 113-1 du Code des Assurances ;
- les frais non justifiés par des documents originaux.

MUTUAIDE 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 maladies chroniques ;
- les frais médicaux et d'hospitalisation dans le pays de domicile du bénéficiaire, en France métropolitaine et dans les DROM ;
- les frais médicaux et d'hospitalisation dans le pays de domicile du bénéficiaire ;
- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et/ou qui n'empêchent pas le bénéficiaire de poursuivre son voyage ;
- les convalescences et les affections en cours de traitement, non encore consolidées et comportant un risque d'aggravation brutale ;
- les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies et les frais en découlant ;
- les maladies et/ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation ambulatoire dans les 3 mois précédant la date du départ en voyage, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état ;
- les événements liés à un traitement médical ou à une intervention chirurgicale qui ne présenteraient pas un caractère imprévu, fortuit ou accidentel ;
- les services médicaux ou 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).

Exclusions de l'Assistance Santé :

- l'hospitalisation du bénéficiaire pour une durée inférieure à 4 jours consécutifs ;
- l'immobilisation du bénéficiaire pour une durée inférieure à 10 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 GARANTIES ASSISTANCE

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

1. Informations et services santé

Informations pratiques et juridiques :

MUTUAIDE met à la disposition du bénéficiaire, 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 00 et 21 h 00, dans les délais normalement nécessaires à la satisfaction de la demande.

MUTUAIDE recherche les informations pratiques à caractère documentaire destinées à orienter le salarié dans les domaines de la vie quotidienne. Les informations communiquées par MUTUAIDE 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 recherche et communique au bénéficiaire des informations à caractère général, dans le domaine de la maladie et de la santé, telles que :

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

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

Recherche et envoi d'un professionnel de santé

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

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

Réservation d'un lit en milieu hospitalier

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

Mise en relation avec un médecin

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

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

Soutien psychologique

Le bénéficiaire est hospitalisé pour une durée égale ou supérieure à 48 heures, ou il est immobilisé au domicile pour une durée égale ou supérieure à 8 jours.

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

2. Assistance de l'enfant malade

Garde des enfants

Suite à un problème médical imprévu constaté par un certificat médical, un des enfants du bénéficiaire doit garder la chambre pour une durée égale ou supérieure à 3 jours consécutifs, et le bénéficiaire ne peut rester à son chevet. MUTUAIDE 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 00 à 19 h 00 ;
- **soit** un voyage aller et retour permettant à un proche de se rendre au domicile du bénéficiaire, pour garder l'enfant, et ce par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales.

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

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

Accompagnement administratif et social

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

Garde des enfants de moins de 16 ans

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

- **soit** la garde de l'enfant au domicile par une assistante maternelle, dans la limite des contraintes locales, à concurrence d'un crédit d'heures défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, réparties du lundi au vendredi (hors jours fériés) pour 2 heures minimum par jour, dans une tranche horaire de 8 h 00 à 19 h 00. L'assistante maternelle se chargera, le cas échéant, de la conduite des enfants à l'école
- **soit** un voyage aller et retour permettant à un proche de se rendre au domicile du bénéficiaire pour garder l'enfant, et ce par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales ;
- **soit** le transport aller et retour du ou des enfant(s), accompagné(s) par une hôtesse le cas échéant, jusqu'au domicile d'un proche désigné par le bénéficiaire.

Garde des ascendants

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

- **soit** la venue d'une personne qualifiée au domicile pour en assurer la garde, dans la limite des contraintes locales, à concurrence d'un crédit d'heures défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, réparties du lundi au vendredi (hors jours fériés) pour 2 heures minimum par jour, dans une tranche horaire de 8 h 00 à 19 h 00 ;
- **soit** un voyage aller et retour permettant à un proche de se rendre au domicile du bénéficiaire pour garder les ascendants, et ce par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales ;
- **soit** le transport aller et retour des ascendants jusqu'au domicile d'un proche, désigné par le bénéficiaire.

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

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

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

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

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

Aide-ménagère

Le bénéficiaire, immobilisé au domicile, est dans l'impossibilité de remplir ses obligations domestiques.

MUTUAIDE organise en fonction des disponibilités locales et prend en charge la venue d'une aide-ménagère pour aider aux tâches quotidiennes (entretenir le domicile, préparer les repas, ou effectuer les courses).

Notre prise en charge ne peut excéder le crédit d'heures défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, à raison de 2 heures consécutives minimum par jour (du lundi au vendredi hors jours fériés et dans une tranche horaire de 8 h 00 à 19 h 00), réparties dans les 30 jours depuis le premier jour de l'immobilisation au domicile.

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

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

Recherche et livraison de repas

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

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

Recherche et livraison de médicaments

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

Le coût des médicaments reste à la charge du bénéficiaire.

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

5. Assistance aux personnes en déplacement.

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

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

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

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

Le bénéficiaire ou toute personne autorisée par lui doit :

- s'engager formellement par la signature d'un document spécifique, fourni par MUTUAIDE lors de la mise en œuvre de la présente prestation ;

- engager les démarches de prise en charge des frais auprès des organismes d'assurance dans le délai de 15 jours à compter de la date d'envoi des éléments nécessaires à ces démarches par MUTUAIDE ;
- effectuer les remboursements à MUTUAIDE 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, et dans la limite du montant de prise en charge prévu pour la prestation, les frais non pris en charge par les organismes d'assurance. Le bénéficiaire doit communiquer à MUTUAIDE l'attestation de refus de prise en charge de ces organismes, dans la semaine qui suit sa réception.

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

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

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

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

Rapatriement d'un bénéficiaire malade ou blessé

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

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

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



**AGRICA
PRÉVOYANCE**

Proches par nature, engagés à vos côtés

AGRICA PRÉVOYANCE - www.groupagric.com -
représente CPCEA (SIRET 784 411 134 00033),
institution de prévoyance régie par le code de la
Sécurité sociale - Membre du GIE AGRICA GESTION
(RCS Paris n°493 373 682) - située au 21 rue de la
Bienfaisance 75008 Paris et soumise au contrôle
de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de
Résolution (ACPR), dont le siège est établi 4, place
de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09

OCIRP – Organisme commun des institutions de
rente et de prévoyance – Union d'Institutions de
Prévoyance régie par le Code de la Sécurité
sociale. 17, rue de Marignan – 75008 Paris.