



ENTREPRISE

CONDITIONS GÉNÉRALES

**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 DISPOSITIONS GÉNÉRALES 7

ARTICLE 2.1	COMPOSITION DU CONTRAT	7
ARTICLE 2.2	OBJET DU CONTRAT	7
ARTICLE 2.3	ORGANISME ASSUREUR	7
ARTICLE 2.4	DELEGATION DE GESTION	8
ARTICLE 2.5	LA GARANTIE ASSISTANCE	8
ARTICLE 2.6	LE RESEAU DE SOINS	8
ARTICLE 2.7	PRESCRIPTION	8
ARTICLE 2.8	PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	9
ARTICLE 2.9	RECLAMATIONS – MEDIATION	9
ARTICLE 2.10	Degré élevé de solidarité	10
ARTICLE 2.11	FAUSSE DÉCLARATION	10
ARTICLE 2.12	RECOURS CONTRE LE TIERS RESPONSABLE	10
ARTICLE 2.13	LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	10

TITRE 3 EXECUTION DU CONTRAT 11

ARTICLE 3.1	PRÉSENTATION DU CONTRAT	11
ARTICLE 3.2	ADHESION DES ENTREPRISES	11
ARTICLE 3.3	PRISE D'EFFET, DURÉE ET RESILIATION DU CONTRAT	11
ARTICLE 3.4	COMMUNICATION DES FRAIS DE GESTION	12

ARTICLE 3.5	GROUPE ASSURE	12
ARTICLE 3.6	AFFILIATION ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES	12
ARTICLE 3.7	OBLIGATIONS DE L'INSTITUTION	14
ARTICLE 3.8	OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHERENTE	14
ARTICLE 3.9	OBLIGATIONS DU PARTICIPANT	15

TITRE 4 COTISATIONS 16

ARTICLE 4.1	TAUX ET MONTANT DES COTISATIONS	16
ARTICLE 4.2	DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES A LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	16
ARTICLE 4.3	MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS	16
ARTICLE 4.4	DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	16
ARTICLE 4.5	EXONÉRATION DES COTISATIONS	17
ARTICLE 4.6	REVISION DU CONTRAT	17

TITRE 5 GARANTIES DE PREVOYANCE CONVENTIONNELLES 18

ARTICLE 5.1	INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	18
ARTICLE 5.2	INCAPACITE PERMANENTE DE TRAVAIL	19
ARTICLE 5.3	REVALORISATION DES PRESTATIONS INCAPACITE DE TRAVAIL	19
ARTICLE 5.4	CUMUL DES PRESTATIONS INCAPACITE DE TRAVAIL	20
ARTICLE 5.5	CONTROLE DE L'INSTITUTION	20
ARTICLE 5.6	CAPITAL DECES	20
ARTICLE 5.7	RENTE EDUCATION	23
ARTICLE 5.8	RENTE DE CONJOINT	23
ARTICLE 5.9	INDEMNITE FRAIS D'OBSEQUES	24
ARTICLE 5.10	CESSATION DE LA GARANTIE DÉCÈS	24
ARTICLE 5.11	MAINTIEN DES GARANTIES	24
ARTICLE 5.12	EXCLUSIONS	24

TITRE 6	OPTION FACULTATIVE : GARANTIE MAINTIEN DE SALAIRE	25
ARTICLE 6.1	OBJET DE LA GARANTIE	25
ARTICLE 6.2	CONDITION DE SOUSCRIPTION DE LA GARANTIE	25
ARTICLE 6.3	GROUPE ASSURE	25
ARTICLE 6.4	ADHESION DE L'ENTREPRISE	25
ARTICLE 6.5	PRISE D'EFFET - AFFILIATION - MODIFICATION	27
TITRE 7	GARANTIE FRAIS DE SANTE	28
ARTICLE 7.1	BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE	28
ARTICLE 7.2	ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES	28
ARTICLE 7.3	MONTANT DES GARANTIES	28
ARTICLE 7.4	LIMITES ET EXCLUSIONS DE LA GARANTIE	29
ARTICLE 7.5	ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE	30
ARTICLE 7.6	RÈGLEMENT DES PRESTATIONS ET CONTRÔLE	30
ARTICLE 7.7	CONTROLE	30
ARTICLE 7.8	CESSATION DE LA GARANTIE	30
ARTICLE 7.9	MAINTIEN DE LA GARANTIE SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL	30
TITRE 8	MAINTIEN DES GARANTIES PREVOYANCE ET FRAIS DE SANTE AU TITRE DE LA PORTABILITE	32
ARTICLE 8.1	PRESENTATION DU DISPOSITIF	32
ARTICLE 8.2	BENEFICIAIRES	32
ARTICLE 8.3	OUVERTURE ET DUREE DES DROITS A PORTABILITE	32
ARTICLE 8.4	OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHERENTE	32
ARTICLE 8.5	OBLIGATIONS DE L'ANCIEN SALARIE	32
ARTICLE 8.6	PRESTATIONS	33
ARTICLE 8.7	CESSATION DE LA PORTABILITE	33

TITRE 9	DEFINITIONS DES AYANTS DROIT	34
	ARTICLE 9.1	DEFINITIONS DES AYANTS DROIT 34
TITRE 10	DEFINITIONS DES TERMES PROPRES AU CONTRAT	36
	ARTICLE 10.1	DEFINITIONS DES TERMES AU CONTRAT 36
TITRE 11	TABLEAUX DES GARANTIES FRAIS DE SANTE	41
	ARTICLE 11.1	TABLEAUX DES GARANTIES FRAIS DE SANTE (Hors Alsace-Moselle et Alsace-Moselle) 41
TITRE 12	RESEAU DE SOINS	48
	ARTICLE 12.1	RESEAU DE SOINS 48
TITRE 13	GARANTIE ASSISTANCE	49
	ARTICLE 13.1	PRESTATIONS D'ASSISTANCE 49
	ARTICLE 13.2	CONDITIONS GENERALES DE LA GARANTIE ASSISTANCE 51

PRÉAMBULE



Par l'Accord national du 15 juin 2012 et par 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, techniciens et agents de maîtrise des entreprises du paysage.

L'accord précité a fait l'objet de révisions par avenants, 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 assureur des garanties.

Les garanties de cet accord et ses différents avenants, sont régies par :

- les présentes Conditions Générales pour ce qui relève de la prévoyance et de la santé ;
- les Conditions Générales du Plan d'Épargne Retraite CPCEA (assuré par CPCEA Retraite Supplémentaire depuis le 02/06/2021) s'agissant de la retraite supplémentaire.

Les salariés sont nommés ci-après « participants ».

CPCEA est dénommée ci-après « l'Institution ».

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

Les présentes Conditions Générales sont applicables à compter du 1^{er} juillet 2026.

TITRE 2

DISPOSITIONS GÉNÉRALES



ARTICLE 2.1 COMPOSITION DU CONTRAT

Le contrat se compose :

1. des présentes Conditions générales ;
2. du bulletin d'adhésion valant engagement de l'entreprise de faire bénéficier l'ensemble des salariés appartenant au groupe assuré des garanties définies par l'accord national du paysage du 15 juin 2012 et ses avenants ;
3. d'un certificat d'adhésion valant conditions particulières signé par CPCEA et confirmant la prise en compte de l'adhésion de l'entreprise.



ARTICLE 2.2 OBJET DU CONTRAT

Les présentes Conditions générales assurent la couverture des garanties de prévoyance et frais de santé définies par les partenaires sociaux de l'Accord national du paysage du 15 juin 2012 et ses avenants. Ces garanties revêtent un caractère collectif et obligatoire. Entrent dans le champ d'application de l'accord national et de ses avenants toutes les entreprises relevant de la Convention Collective Nationale des entreprises du paysage du 10 octobre 2008.

Sont ainsi visées toutes les entreprises des parcs et jardins qui remplissent les conditions suivantes :

1. qui ont leur siège social ou leurs agences sur le territoire métropolitain, y compris en Corse ou dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) ;
2. dont l'activité exclusive ou principale, définie au 2° de l'article L. 722-2 du Code rural et de la pêche maritime, s'exerce dans un ou plusieurs des secteurs suivants :

- réalisation et entretien de parcs et jardins, paysagisme d'intérieur, aménagements paysagers, réalisation et entretien des espaces engazonnés des terrains de sport, à l'exclusion des travaux non liés à l'aménagement paysager ;

- engazonnement par projection, application de produits phytopharmaceutiques ;

- reboisement, élagage, débroussaillage, « abattage d'arbres d'alignement et d'ornement » ;

- arrosage automatique lié à l'aménagement paysager ;

- végétalisation et génie végétal ;

- petits travaux de jardinage, dans le cadre des entreprises de services à la personne agréées.

Les activités du champ d'application de la convention collective comprennent les travaux de maçonnerie paysagère nécessaires à la réalisation d'ouvrages paysagers. Sont également inclus dans le champ d'application, les activités décrites en référence au code NAF 8130Z ainsi que le syndicat professionnel d'employeurs dont l'activité s'exerce à titre exclusif au profit des entreprises couvertes par le présent champ et dont il est mandataire.



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 LA GARANTIE ASSISTANCE

Le présent contrat propose une garantie « Assistance », dont la mise en oeuvre et les modalités sont décrites au Titre 13 du présent contrat.

ARTICLE 2.6 LE RESEAU DE SOINS

Les salariés couverts et, le cas échéant, leurs ayants droit bénéficient des services proposés par le réseau de soins.

Ces services, décrits au Titre 12 du présent contrat, sont mis en oeuvre par la société **Carte Blanche Partenaires**, 26 rue Laffitte - 75009 Paris.

ARTICLE 2.7 PRESCRIPTION

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

- par 2 ans en ce qui concerne l'appel de cotisations ;
- par 2 ans en ce qui concerne 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 2.8

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Un traitement de données à caractère personnel sera mis en œuvre dans le cadre du présent contrat. L'Institution est la responsable de ce traitement.

Les données que l'Institution traite sont indispensables à la mise en œuvre du présent contrat.

Le fondement légal justifiant le traitement des données est soit, l'intérêt légitime de l'Institution soit, le respect d'une obligation conventionnelle ou réglementaire.

Sont traitées les catégories de données suivantes :

- les coordonnées professionnelles des représentants de l'Entreprise (nom, prénom, numéro de téléphone et e-mail professionnels) ;
- les données d'identification des participants et, s'il y a lieu, des ayants droit et des bénéficiaires (numéro de Sécurité sociale, civilité, nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse postale, numéro de téléphone, e-mail) ;
- les données relatives à leur situation professionnelle ;
- les données relatives aux décomptes des frais médicaux et de soins ;
- dans le respect du secret médical, les données de santé communiquées au Médecin conseil de l'Institution ;
- les données bancaires ;
- le cas échéant, le numéro d'identification de l'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 présent contrat ;
- l'appel des 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 présent 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 l'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 des données sont :

- l'Institution 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 présent 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.

Les données sont conservées pendant la durée du présent 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.

Les personnes concernées disposent 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 leurs données.

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

Elles peuvent exercer leurs droits en s'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 2.9

RECLAMATIONS – MEDIATION

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

- **soit par courrier** à l'adresse suivante : CPCEA, Service Réclamations, 21 rue de la Bienfaisance 75382 Paris cedex 08 ;
- **soit par courriel** sur le site internet d'AGRICAR, 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 la demande soit traitée dans les plus brefs délais, les informations suivantes doivent être communiquées :

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

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

Par suite, un recours peut être présenté par l'entreprise ou le participant auprès du Médiateur 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 2.10 DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE

Les salariés en difficulté sociale, professionnelle ou matérielle, peuvent bénéficier de prestations présentant un haut degré de solidarité.

À ce titre, ces prestations peuvent prendre la forme :

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

La commission paritaire de branche définit annuellement les actions de solidarité prioritaires au niveau de la branche.

En outre, les salariés peuvent bénéficier de l'action sociale de l'Institution.

ARTICLE 2.11 FAUSSE DECLARATION

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

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

Toute déclaration intentionnellement fausse ou incomplète, réticence, omission ou inexactitude dans la déclaration du risque entraîne l'application des sanctions prévues par 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 L'Institution.

ARTICLE 2.12 RECOURS CONTRE LE 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 2.13 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

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

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

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

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

TITRE 3

EXECUTION DU CONTRAT



ARTICLE 3.1 PRESENTATION DU CONTRAT

Le présent contrat assure :

- une couverture de prévoyance complémentaire obligatoire pour tous les salariés appartenant au groupe assuré défini au présent contrat ;
- une couverture complémentaire frais de santé obligatoire pour tous les salariés appartenant au groupe assuré défini au présent contrat. Cette couverture est définie au tableau des garanties figurant au Titre 11 des présentes Conditions générales.



ARTICLE 3.2 ADHESION DES ENTREPRISES

■ CARACTÈRE OBLIGATOIRE DU RÉGIME

Afin de satisfaire à leurs obligations conventionnelles résultant de la CCN du paysage, en matière de prévoyance et santé, toutes les entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel de l'accord du paysage du 15 juin 2012 peuvent adhérer à la CPCEA, organisme recommandé par les partenaires sociaux pour la mise en œuvre de leur régime.

■ MODALITÉS D'ADHÉSION DES ENTREPRISES

Toutes les entreprises relevant de l'accord national du paysage du 15 juin 2012 et ses avenants peuvent demander, dès l'embauche ou dès la promotion de leur premier salarié relevant du groupe assuré, leur adhésion à l'Institution qui leur adresse, en retour, un dossier d'adhésion comprenant notamment les présentes Conditions générales et un bulletin d'adhésion.

Le bulletin d'adhésion doit être signé et retourné par l'entreprise à l'Institution, **dans le délai maximal de 30 jours** suivant la date d'envoi du dossier d'adhésion. Dès réception du bulletin d'adhésion, l'Institution procède à l'enregistrement de l'adhésion de l'entreprise et lui confirme la prise en compte de celle-ci par l'envoi d'un certificat d'adhésion.



ARTICLE 3.3 PRISE D'EFFET, DUREE ET RESILIATION DU CONTRAT

▼ 3.3.1 Prise d'effet

Le contrat prend effet :

- dès le 1^{er} jour de l'embauche ou de la promotion d'un premier salarié appartenant au groupe assuré tel que défini à l'article 3-5 ;
- dans tous les autres cas, dès le 1^{er} jour du mois qui suit la réception du bulletin d'adhésion par l'Institution.

Le certificat d'adhésion de l'entreprise précise la prise d'effet du contrat.

▼ 3.3.2 Durée

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

L'entreprise qui continue à relever de l'accord national du paysage du 15 juin 2012 et ses avenants mais qui n'emploie plus de salarié appartenant au groupe assuré demeure entreprise adhérente au sens du présent contrat.

▼ 3.3.3 Résiliation

La résiliation de l'adhésion au présent contrat par l'entreprise adhérente s'effectue par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé à l'Institution au moins deux mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours pour que l'adhésion au contrat cesse de produire ses effets au 31 décembre de cette même année.

La résiliation par l'Institution s'effectue par lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance. Le cachet de la poste ou la date d'expédition de l'envoi recommandé électronique fait foi du respect du délai de préavis.

En tout état de cause, la résiliation du présent contrat emporte résiliation de la « garantie de maintien de salaire » (cf. Titre 6) éventuellement souscrites par l'entreprise, ainsi que des autres garanties optionnelles.

Conséquence de la résiliation :

En cas de résiliation du contrat, les engagements réciproques de l'entreprise adhérente et de l'Institution prennent fin à la date d'effet de la résiliation, sauf pour les risques prévoyance pris en charge antérieurement à celle-ci qui continuent à ouvrir droit au versement des prestations.

Dans ces situations, l'Institution maintiendra les prestations en cours de service, et ce, au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation.

En cas de changement d'organisme assureur, l'entreprise, en application de l'article L.912-3 du Code de la Sécurité sociale, organisera les modalités de la poursuite des revalorisations des prestations en cours de service.

En cas de résiliation de la garantie frais de santé, l'entreprise organisera, auprès du nouvel organisme assureur, le transfert des personnes dont la garantie est maintenue au titre du Titre 8 au moment de la résiliation.

ARTICLE 3.4 COMMUNICATION DES FRAIS DE GESTION

Le ratio P/C et le ratio frais de gestion/cotisations du régime frais de santé sont fixés dans le document « Informations relatives aux complémentaires santé » faisant l'objet d'une annexe au présent contrat.

Conformément à la réglementation en vigueur, les informations sont communiquées avant la souscription du contrat et sont actualisées chaque année.

ARTICLE 3.5 GROUPE ASSURÉ

Le groupe assuré est constitué par les salariés classés :

1. 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. 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. 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.

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.

L'entrée dans le groupe assuré s'effectue sans condition d'ancienneté.

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

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

ARTICLE 3.6 AFFILIATION ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Doit être obligatoirement affilié au présent contrat, l'ensemble des salariés présents et futurs constituant le groupe assuré.

▼ 3.6.1 Principes

ENTREPRISES DE LA MÉTROPOLE

Le salarié est affilié au contrat via la DSN (Déclaration Sociale Nominative).

L'affiliation du participant prend effet :

- **à la date de prise d'effet du présent contrat** lorsqu'il est inscrit sur le registre du personnel et qu'il fait partie du groupe assuré ;
- **à compter de sa date d'entrée dans l'entreprise** lorsqu'il est engagé ou promu postérieurement à la date de prise d'effet du contrat et qu'il entre dans le groupe assuré.

Le participant ouvre droit aux garanties du contrat dès sa date d'affiliation.

ENTREPRISES DES DROM

L'entreprise adhérente doit formaliser l'affiliation du salarié par l'envoi à l'Institution d'un bulletin d'affiliation cosigné par l'entreprise et l'intéressé.

Le défaut de signature du bulletin d'affiliation par le salarié ne remet pas en cause l'affiliation de ce dernier. Dans cette situation, l'entreprise adhérente doit néanmoins adresser ledit bulletin à l'Institution.

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 9 des présentes Conditions générales ;
- un relevé d'identité bancaire (pour le règlement des prestations).

L'affiliation du participant prend effet :

- à la date de réception du bulletin d'affiliation par l'Institution, lorsque l'affiliation du salarié est concomitante à l'adhésion de l'entreprise au présent contrat ;
- à compter de la date d'embauche ou de promotion du salarié, lorsque celui-ci est engagé ou promu postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat.

Les garanties du présent contrat prennent effet simultanément à l'affiliation du participant.

▼ 3.6.2 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, les participants se trouvant dans l'une des situations précisées ci-dessous, pourront se dispenser d'affiliation :

- **le participant exerçant une activité à temps partiel, ou l'apprenti, dès lors que sa part de la cotisation frais de santé est égale ou supérieure à 10 % de sa rémunération brute.**

Cette demande de dispense doit être effectuée par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du 1^{er} mois au cours duquel le salarié a été embauché.

Si la part de cotisation du participant à temps partiel ou de l'apprenti vient à représenter moins de 10 % de sa rémunération brute de façon pérenne (au moins 6 mois consécutifs), l'intéressé devra alors être obligatoirement affilié et cotiser à l'assurance santé.

- **le participant exerçant une activité au sein de plusieurs entreprises adhérentes au présent contrat.**

La cotisation frais de santé est due uniquement par l'entreprise au titre de laquelle il a acquis le plus d'ancienneté, sauf accord écrit entre les entreprises et l'intéressé. Le participant doit faire sa demande par écrit à son employeur au plus tard le 8 du mois précédant la mise en œuvre de la dispense d'affiliation. L'entreprise adhérente qui n'est pas redevable de la cotisation frais de santé doit alors informer l'Institution dans les plus brefs délais. Le participant doit produire chaque année à l'employeur auprès duquel il bénéficie d'une dispense d'affiliation tous documents justifiant de la couverture frais de santé souscrite chez son autre employeur.

- **les couples appartenant au groupe assuré, tels que définis à l'article 3-5, et travaillant dans la même entreprise.**

L'un des deux conjoints, au sens du Titre 9, est affilié en tant que salarié et l'autre en tant qu'ayant droit.

Une seule cotisation frais de santé est alors due pour le couple travaillant dans la même entreprise, étant précisé que cette cotisation sera appelée sur le salaire du membre du couple ayant la rémunération brute la plus élevée.

L'un des conjoints doit en faire la demande par écrit à son employeur au plus tard le 8 du mois précédant la mise en œuvre de la dispense d'affiliation.

L'entreprise doit alors informer l'Institution dans les plus brefs délais.

Dans tous les cas, préalablement à la demande de dispense, l'employeur doit informer son salarié des conséquences de son choix d'être dispensé. Dès lors, l'employeur doit indiquer au salarié qu'il n'est pas redevable de la cotisation santé et qu'il ne bénéficiera pas des prestations ni du droit à portabilité. Le salarié doit indiquer dans sa demande de dispense qu'il reconnaît avoir été informé en bonne et due forme.

Chaque année, le participant devra produire à l'entreprise adhérente les justificatifs permettant de vérifier que les conditions requises pour bénéficier de la dispense d'affiliation sont remplies. Lorsque la dispense prend fin ou n'est pas renouvelée, l'entreprise adhérente doit en informer l'Institution dans les plus brefs délais.

▼ 3.6.3 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

■ Suspension du contrat de travail indemnisée

Les garanties de prévoyance et de frais de santé, lorsqu'elles ont été souscrites par l'entreprise, sont maintenues, pendant la période de suspension du contrat de travail, lorsque :

- le participant est indemnisé au titre de l'incapacité temporaire et permanente de travail 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, l'entreprise adhérente et le participant sont exonérés du versement des cotisations prévoyance conventionnelles (hors « garantie de maintien de salaire ») et frais de santé dans les conditions définies à l'alinéa « Exonération des cotisations » de l'article 4-5 des présentes Conditions générales.

- le participant bénéficie d'un revenu de remplacement versé par l'entreprise adhérente, notamment : en cas d'activité partielle, d'activité partielle longue durée ou en cas de congé de reclassement ou de congé de mobilité. Dans cette situation, le versement des cotisations prévoyance et frais de santé doit être effectué par l'entreprise adhérente et le participant pendant toute la période suspension du contrat de travail indemnisée, dans les conditions définies au présent contrat.

■ Suspension du contrat de travail pour une autre cause

En cas de suspension du contrat de travail prévu par le Code du travail ou par la convention collective (congé sans solde, congé parental, congé pour création d'entreprise...), le participant peut demander le maintien de la garantie frais de santé moyennant le versement complet de la cotisation correspondante (parts patronale et salariale) calculée sur la somme des rémunérations brutes ayant donné lieu à cotisations au cours des 4 derniers trimestres civils précédant la suspension du contrat de travail.

Dès réception de la lettre recommandée du participant annonçant à l'entreprise sa volonté d'exercer son droit à congé, celle-ci doit en informer l'Institution en communiquant les nom, prénom(s), n° de Sécurité sociale, la date et le motif de la suspension du contrat de travail de l'intéressé. Dès

réception de ces informations, l'Institution informe le participant de la possibilité de maintenir sa couverture frais de santé.

En l'absence de demande de maintien de la garantie frais de santé par le participant, celle-ci cesse le dernier jour du mois pour lequel la cotisation a été versée.

À défaut d'information de l'Institution par l'entreprise adhérente concernant le participant en situation de suspension de contrat de travail, le versement de prestations complémentaires santé par la caisse de la Mutualité Sociale Agricole durant cette période impliquera le paiement intégral des cotisations correspondantes par l'entreprise adhérente.

▼ 3.6.4 Cessation de l'affiliation

■ Du participant

Sans préjudice du droit à portabilité, l'affiliation du participant au contrat cesse :

- à la date à laquelle le participant cesse d'appartenir au groupe assuré ;
- à la date de la rupture du 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 du contrat de travail au titre de l'activité cumulée avec sa retraite.

■ Des ayants droit

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

- à la date de cessation de l'affiliation du participant ;
- lorsqu'ils perdent la qualité d'ayants droit au sens du présent contrat.

▼ 3.6.5 Cessation du droit aux garanties

Sans préjudice du droit à portabilité prévu au Titre 8, pour chaque participant, les garanties de prévoyance prennent fin à la date de cessation de leur affiliation dans les conditions du paragraphe ci-dessus, à l'exception :

- du maintien du versement, au niveau atteint, des prestations incapacité temporaire ou incapacité permanente en cours de service ;
- du maintien du droit à la garantie décès aux bénéficiaires des prestations incapacité temporaire ou incapacité permanente et ce, durant toute la période de versement de celles-ci.

En tout état de cause, elles cessent, excepté pour les participants bénéficiant 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 cessation de l'affiliation du participant et/ou de ses ayants droit dans les conditions prévues à l'article précédent ;
- à la résiliation du présent contrat par l'entreprise adhérente ou par l'Institution.



ARTICLE 3.7 OBLIGATIONS DE L'INSTITUTION

En application de la Directive sur la distribution d'assurances et de son ordonnance de transposition du 16 mai 2018, préalablement à l'adhésion de l'entreprise, l'Institution lui transmet :

- l'IPID (document d'information précontractuelle sur le produit d'assurance) : document d'information présentant les caractéristiques essentielles du contrat, notamment le(s) risque(s) couvert(s), les exclusions de garanties, les obligations de l'entreprise adhérente, les modalités de résiliation, la territorialité des garanties (...);
- les informations d'ordre général concernant l'Institution de prévoyance afin d'assurer une meilleure transparence vis à vis de l'entreprise adhérente. Ces informations portent notamment sur l'identité de l'Institution, l'adresse du siège social, la qualité d'institution de prévoyance, les procédures de réclamation-médiation, la nature de la rémunération perçue par le personnel distributeur au titre de la distribution du contrat. L'Institution informe l'entreprise adhérente en cas d'évolution des informations relatives à la rémunération ainsi qu'en cas de paiements postérieurs autres que les cotisations en cours et les versements prévus.
- la fiche conseil exprimant le besoin de l'entreprise adhérente, et les arguments justifiant l'adéquation entre les besoins et les garanties proposées.

L'Institution s'engage à établir une Notice d'information qui définit les modalités du contrat et les modalités d'entrée en vigueur des garanties ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

L'Institution communique, à l'issue de chaque exercice comptable, un rapport de gestion sur les comptes du contrat à l'entreprise adhérente.



ARTICLE 3.8 OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE

▼ 3.8.1 A l'égard du participant

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

- **remettre à chaque participant** la Notice d'information établie par l'Institution et prévue à l'article précédent ;
- **avertir par écrit** les participants des modifications apportées à leurs droits et obligations suite à une révision du contrat ;
- **informer les participants** lorsqu'ils sortent du groupe assuré des conditions dans lesquelles ils peuvent bénéficier de la portabilité des droits.

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

Il appartient également à l'entreprise adhérente d'informer les participants des garanties qu'elle a décidé de souscrire auprès de la CPCEA.

▼ 3.8.2 A l'égard de l'Institution

L'entreprise adhérente s'oblige:

- à affilier l'ensemble des participants appartenant au groupe assuré ;
- à fournir les informations nécessaires à la détermination des cotisations ainsi que la liste des entrées et des sorties des participants ;
- à verser les cotisations selon les modalités prévues au présent contrat ;
- à répondre aux questions de l'Institution ou de la MSA relatives aux participants.

Le défaut de production des déclarations demandées par l'Institution est régi par les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

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



ARTICLE 3.9 OBLIGATIONS DU PARTICIPANT

Chaque participant s'oblige :

- à accepter le précompte des cotisations sur son salaire ;
- à fournir par l'intermédiaire de l'entreprise adhérente les renseignements nécessaires à l'établissement de ses droits et obligations ;
- à retourner tous justificatifs demandés par l'Institution afin de vérifier la persistance des droits.

TITRE 4

COTISATIONS



ARTICLE 4.1

TAUX ET MONTANT DES COTISATIONS

Les taux et montant des cotisations finançant les garanties du présent contrat, ainsi que leur répartition entre l'entreprise adhérente et le participant, **sont déterminés par les partenaires sociaux de l'accord national du paysage du 15 juin 2012 et ses avenants.**

Ils sont communiqués, chaque année, par l'Institution à l'entreprise adhérente.

Les cotisations appelées **en pourcentage de salaire** sont calculées sur la base des rémunérations brutes entrant dans l'assiette des cotisations de Sécurité sociale, telle que définie à l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale ainsi que, le cas échéant, sur le revenu de remplacement versé et déclaré par l'entreprise adhérente, 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 du salaire et pour une autre partie en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale. Elle ne peut être inférieure à une cotisation minimale exprimée en pourcentage du PMSS.



ARTICLE 4.2

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES A LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

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



ARTICLE 4.3

MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Chaque mois, l'entreprise doit procéder à la Déclaration Sociale Nominative (DSN) qui donnera lieu, le cas échéant après traitement par l'Institution (s'agissant des cotisations frais de santé), à une régularisation annuelle des cotisations au cours du 1^{er} trimestre de l'année N+1.

Les cotisations sont exigibles dès la date maximale de dépôt de la DSN, en fonction du choix de l'entreprise, à savoir soit le 1^{er} jour du mois suivant le mois civil auquel elles se rapportent, soit le 1^{er} jour du trimestre suivant le trimestre civil auquel elles se rapportent.

Le versement des cotisations à l'Institution est de la seule responsabilité des entreprises adhérentes, et doit être effectué au plus tard dans les 15 jours qui suivent le mois ou le trimestre auxquels elles se rapportent, dès lors que l'entreprise adhérente est entrée dans le dispositif DSN complet.



ARTICLE 4.4

DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Sous réserve du cas de maintien des garanties à titre individuel prévu au présent contrat, le versement des cotisations est de la seule responsabilité de l'entreprise adhérente, même si une fraction de celles-ci est à la charge effective des participants.

En cas de non-paiement des cotisations dans le délai imparti, il sera fait application de majorations de retard sur les sommes restant dues. Le taux de ces majorations est fixé à 0,90 % par mois de retard.

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



ARTICLE 4.5

EXONÉRATION DES COTISATIONS

Les cotisations sont dues jusqu'à la date de la cessation d'affiliation du participant.

Toutefois, le participant ainsi que l'entreprise adhérente sont exonérés du versement des cotisations prévoyance (conventionnelles, hors « garantie de maintien de salaire ») et frais de santé pour tout mois civil entier d'arrêt de travail et durant toute la période donnant lieu au service par l'Institution de prestations d'incapacité temporaire ou permanente, au titre du contrat.



ARTICLE 4.6

REVISION DU CONTRAT

Les dispositions du présent contrat sont établies en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur, notamment de celle applicable au régime de base de Sécurité sociale.

Les taux de cotisations et le niveau des garanties sont déterminés par les partenaires sociaux de l'accord national du paysage du 15 juin 2012 et ses avenants.

En cas de changement de la législation ou de la réglementation, nécessitant une modification des dispositions du présent contrat susceptible d'impacter l'équilibre du régime, une concertation devra être engagée avec les partenaires sociaux et, le cas échéant, faire l'objet d'un avenant au présent contrat ou à la convention de gestion.

Toute modification décidée par les partenaires sociaux sera automatiquement répercutée sur les dispositions du présent contrat. Une information sera alors réalisée auprès de chaque entreprise par l'Institution.

TITRE 5

GARANTIES DE PREVOYANCE CONVENTIONNELLES



ARTICLE 5.1 INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

5.1.1 Les prestations

En cas d'incapacité temporaire de travail, les prestations susceptibles d'être versées par l'Institution sont des **indemnités journalières complémentaires** à celles versées au titre de l'assurance maladie, maternité ou de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles par le régime de base.

5.1.2 Conditions de l'indemnisation

Le versement de l'indemnité journalière complémentaire intervient à condition que le participant perçoive des indemnités journalières par le régime de base.

5.1.3 Modalités de l'indemnisation

Le versement de l'indemnité journalière complémentaire intervient pour chaque arrêt de travail :

- à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail, si celui-ci est consécutif à un accident du travail, de trajet ou à une maladie professionnelle ou à une maternité ;
- à compter du 21^{ème} jour d'arrêt de travail, s'il est consécutif à une maladie ou un accident de la vie privée.

En cas d'arrêts de travail successifs, lorsque le premier arrêt est supérieur à 20 jours et si le nouvel arrêt se produit dans les 180 jours suivants, il n'y a pas de décompte d'une nouvelle période de franchise.

5.1.4 Montant de l'indemnisation

Le montant de l'indemnité journalière est fixé à :

- **75%** de la fraction du salaire journalier brut inférieure ou égale au plafond journalier de la Sécurité sociale en vigueur (TA) sous déduction des prestations servies par les assurances sociales agricoles ;
- **70%** de la fraction du salaire journalier brut supérieure à ce plafond (TB et TC) sous déduction des prestations servies par les assurances sociales agricoles .

Le montant total de l'indemnisation (indemnités journalières de base et complémentaires) est porté à **90%** du salaire journalier brut au profit des participants pour lesquels l'entreprise adhérente a l'obligation de compléter la rémunération à ce niveau, en vertu de l'article L. 1226-1 du Code du travail, pour une durée d'indemnisation variant dans les conditions des articles D. 1226-1 et D. 1226-2 du même Code.

Le salaire journalier 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 du régime de base, à partir du salaire brut habituel perçu au cours des 3 mois précédant l'arrêt de travail, augmenté des rémunérations autres que le 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) ayant donné lieu à cotisations et retenues au prorata temporis.

En cas de réduction ou de suspension **des prestations en espèces du régime de base**, les indemnités journalières complémentaires versées par l'Institution sont également réduites ou suspendues dans les mêmes conditions et proportions que celles du régime de base.

▼ 5.1.5 Règlement des indemnités journalières complémentaires

Pour les participants de la métropole, l'indemnité journalière complémentaire est réglée par la MSA conjointement et selon la même périodicité que les indemnités journalières de base.

Pour les participants des DROM, l'indemnité journalière complémentaire est réglée directement par l'Institution, dès réception des justificatifs du régime de base. Elle est versée directement au participant ou à l'entreprise adhérente lorsque celle-ci est subrogée dans les droits de l'intéressé.

▼ 5.1.6 Durée de l'indemnisation

Le service de l'indemnité journalière complémentaire est maintenu tant que l'indemnité journalière du régime de base est servie au participant.

En cas de rupture du contrat de travail intervenant avant la fin de la période d'indemnisation du régime de base, les indemnités journalières complémentaires continuent à être versées jusqu'à la fin de l'indemnisation par le régime de base.

Toutefois, pour les participants bénéficiaires du dispositif cumul emploi-retraite, le service de l'indemnité journalière, attribuée au titre de sa reprise d'activité, cesse à la rupture du contrat de travail.

ARTICLE 5.2 INCAPACITE PERMANENTE DE TRAVAIL

▼ 5.2.1 Les prestations

En cas d'incapacité permanente de travail, les prestations susceptibles d'être versées par l'Institution sont :

- une pension mensuelle complémentaire en cas d'attribution par le régime de base d'une pension dans le cadre de l'assurance invalidité ;
- une pension mensuelle complémentaire en cas d'attribution par le régime de base d'une rente d'incapacité permanente dans le cadre de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

▼ 5.2.2 Conditions de l'indemnisation

L'attribution de la pension complémentaire est conditionnée au versement par le régime de base d'une pension d'invalidité catégorie 1, 2 ou 3 ou d'une rente pour incapacité professionnelle correspondant à un taux égal ou supérieur à 66,66 %.

▼ 5.2.3 Montant de l'indemnisation

Le montant de la pension complémentaire annuelle est au maximum égal à :

- **35%** de la fraction du salaire annuel brut inférieure ou égale au plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur (TA) ;
- **85%** de la fraction du salaire annuel brut supérieure à ce plafond (TB et TC).

Toutefois, pour l'invalidité catégorie 1, le montant de la pension complémentaire annuelle est réduit à 3/5 et est au maximum égal à :

- **21%** de la fraction du salaire annuel brut inférieure ou égale au plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur (TA) ;
- **51%** de la fraction du salaire annuel brut supérieure à ce plafond (TB et TC).

Le salaire annuel brut retenu pour calculer le montant de la pension complémentaire est égal à la somme des rémunérations brutes et, le cas échéant, du 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, ayant donné lieu à cotisations, au titre des 4 derniers trimestres civils ayant précédé l'arrêt de travail pour maladie ou accident.

Lorsque le participant a moins de 4 trimestres civils d'activité dans l'entreprise adhérente, le salaire retenu pour le calcul de la prestation est déterminé dans les conditions définies à l'article 5-6. Ce salaire est revalorisé en appliquant le coefficient de revalorisation des prestations sur les exercices concernés.

▼ 5.2.4 Règlement de la pension

La pension complémentaire, nette de CSG, de CRDS et de CASA est payée au participant par l'Institution trimestriellement, à terme échu, sous réserve de présentation des justificatifs nécessaires, notamment de la notification du régime de base, pendant toute la durée de l'incapacité permanente de travail, jusqu'aux termes prévus à l'article ci-dessous.

▼ 5.2.5 Durée de l'indemnisation

Le versement de la pension complémentaire est maintenu tant que la pension d'invalidité catégorie 1, 2 ou 3 ou la rente accident du travail pour une incapacité au moins égale à 66,66 % du régime de base est servie au participant.

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

- **au décès du participant** s'il intervient avant la liquidation de la pension de vieillesse ;
- **à la date d'attribution de la pension de vieillesse** par un régime de Sécurité sociale et, au plus tard, à la date de la liquidation de la pension de vieillesse à taux plein.

ARTICLE 5.3 REVALORISATION DES PRESTATIONS INCAPACITE DE TRAVAIL

À la fin de chaque année civile, la revalorisation des prestations incapacité temporaire et permanente de travail est examinée par le Conseil d'administration de l'Institution, lequel fixe, pour l'exercice suivant, le coefficient servant à la revalorisation des prestations en cours de service.



ARTICLE 5.4 CUMUL DES PRESTATIONS INCAPACITE DE TRAVAIL

Le cumul des prestations nettes versées par le régime de base et par l'Institution, ainsi que les fractions de salaires nets éventuellement payées, **ne peut excéder le montant du salaire net** perçu dans l'entreprise adhérente, avant l'incapacité de travail et, le cas échéant, revalorisé dans les conditions définies à l'article 5-3.

La majoration pour tierce personne versée par le régime de base au participant bénéficiaire 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.



ARTICLE 5.5 CONTROLE DE L'INSTITUTION

5.5.1 Contrôle médical

Les prestations susceptibles d'être servies par l'Institution au titre de la garantie incapacité de travail peuvent être suspendues ou supprimées suite à un contrôle médical exercé par le médecin conseil mandaté par l'Institution.

Le médecin conseil mandaté par l'Institution pourra diligenter un contrôle médical auprès du participant ayant fait une demande d'indemnisation au titre de l'incapacité temporaire ou permanente, et ce, afin qu'il puisse constater son état d'incapacité de travail.

Dans le cadre de ce contrôle médical, le médecin conseil mandaté par l'Institution demandera au participant de faire établir par son médecin traitant un certificat médical, lequel sera envoyé sous pli confidentiel à l'adresse du médecin dûment mandaté par l'Institution. Au vu de ce certificat médical, le médecin conseil mandaté par l'Institution pourra demander des pièces ou des examens médicaux complémentaires auprès du participant.

En cas de contestation par le participant, une procédure d'expertise médicale amiable peut être initiée entre le médecin choisi par ce dernier et le médecin désigné par l'Institution.

En cas de désaccord entre le médecin du participant et celui de l'Institution, ceux-ci désignent, d'un commun accord, un troisième médecin expert.

Les frais relatifs à l'arbitrage opéré par le troisième médecin expert sont supportés par moitié par chacune des parties.

L'avis du médecin expert s'impose de plein droit à l'Institution comme au participant.

Les conclusions du contrôle médical peuvent conduire l'Institution à cesser le versement des prestations sans que le participant puisse se prévaloir de la poursuite de l'indemnisation par le régime de base.

De plus, le refus de satisfaire aux contrôles médicaux, l'utilisation de documents inexacts ainsi que les fausses déclarations ayant pour objet d'induire l'Institution en erreur sur les effets et les suites de la maladie ou de l'accident entraînent la perte de tout droit aux prestations de l'Institution.

5.5.2 Contrôle de la persistance des droits

L'Institution peut demander au participant tout justificatif qui lui semblerait nécessaire afin de vérifier que le montant de l'indemnisation ne dépasse pas les limites de cumul des prestations définies à l'article « Cumul des prestations incapacité de travail ».

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



ARTICLE 5.6 CAPITAL DECES

5.6.1 Montant du capital décès

CAPITAL DE BASE

En cas de décès d'un participant, l'Institution verse à la demande du (des) bénéficiaire(s) ou de l'entreprise adhérente un capital décès de base d'un montant égal à **110%** de son salaire brut annuel.

Le salaire annuel brut servant de base au calcul du capital décès est égal à la somme des rémunérations brutes et, le cas échéant, du 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, ayant donné lieu à cotisations au titre des 4 derniers trimestres civils ayant précédé le décès ou l'arrêt de travail pour maladie ou accident.

Lorsque le participant a moins de 4 trimestres civils d'activité dans l'entreprise adhérente, ses rémunérations sont reconstituées sur 4 trimestres civils complets.

Toutefois, lorsque l'activité du participant correspond à moins de 3 mois, ses rémunérations sont reconstituées 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, le salaire annuel brut est revalorisé en appliquant le coefficient de revalorisation des prestations concernées.

MAJORATION POUR ENFANT A CHARGE

Le capital de base est majoré de **50%** du salaire brut annuel, par enfant à charge, tel que défini au Titre 9, au jour du décès.

MAJORATION POUR DECES ACCIDENTEL

En cas de décès du participant par accident (accident de la vie privée ou accident du travail), **le capital décès**, y compris les éventuelles majorations pour enfant à charge, **est majoré de 50 %**, sous réserve que :

- le décès intervienne au plus tard dans les 6 mois suivant le jour de l'accident corporel dûment constaté ;
- le participant n'ait pas repris son activité professionnelle depuis la date de l'accident.

La preuve de la nature accidentelle du décès ou de la relation de 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 participant, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

▼ 5.6.2 Bénéficiaires du capital décès

Le capital décès est attribué au(x) bénéficiaire(s), personne(s) physique(s), désigné(s) par le participant.

Cette désignation peut :

- se faire en remplissant le bulletin de désignation prévu à cet effet, disponible sur le site Internet www.groupagricar.com ;
- ou faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

Le participant peut à tout moment modifier son choix en remplissant un nouveau bulletin.

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, prénoms, date et lieu de naissance.

Toute désignation, ou tout changement de désignation non porté à la connaissance de l'Institution lui est inopposable.

Si plusieurs personnes sont désignées, le capital de base est attribué par parts égales entre elles sauf si vous indiquez une autre répartition à l'Institution par le participant.

Si une des personnes désignées est décédée au jour du versement du capital de base, sa fraction de capital est répartie par parts égales entre les bénéficiaires restants.

Dans ce cas, le participant a 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 par le participant, le capital décès (à l'exception des majorations pour enfants à charge) est attribué selon l'ordre de priorité suivant :

- à son conjoint, à son cocontractant d'un PACS ou à son concubin ;
- à défaut, aux enfants du participant, nés ou à naître, dont la filiation est légalement établie, y compris adoptive, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux ascendants directs survivants, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux petits-enfants vivants du participant, par parts égales entre eux ;

- à défaut, à ses 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 du décès du participant.

▼ 5.6.3 Règlement du capital décès

L'Institution 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 certificat médical (ou Procès-Verbal), à l'attention du Médecin Conseil de la Caisse indiquant la cause du décès ;
- un relevé d'identité bancaire (RIB) du ou des bénéficiaire(s) ;
- une photocopie d'un document d'identité en cours de validité du ou des bénéficiaire(s) (carte nationale d'identité ou passeport) ;
- 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).

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 jugement de divorce ;
- le cas échéant, la désignation du tuteur légal des enfants ou la délibération du conseil de famille ou l'autorisation du Juge des Tutelles.

En complément des pièces indiquées ci-dessus, il devra être fourni, en fonction des garanties prévues au contrat, les pièces complémentaires suivantes :

Pour le règlement d'une rente éducation ou d'une rente de conjoint assurée par l'OCIRP :

- le formulaire OCIRP avec les justificatifs demandés par ce même assureur.

Pour le règlement d'une rente éducation ou d'une rente de conjoint assurée par l'Institution, devra être transmis chaque année jusqu'à la date à laquelle l'enfant ou le conjoint ne remplit plus les conditions pour bénéficier de la rente :

- une copie de l'avis d'imposition.

Pour le règlement d'une indemnité funéraire :

- la facture acquittée des frais d'obsèques indiquant le nom de la personne ayant procédé au règlement ;
- le relevé d'identité bancaire (RIB) et une copie d'un document d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport) de la personne qui a supporté les frais d'obsèques si elle ne fait pas partie des bénéficiaires du capital décès.

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 des prestations.

Les prestations sont versées dans le délai d'un mois civil suivant la réception des pièces nécessaires au paiement. A 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 l'Institution du décès du participant, les sommes dues au titre des prestations décès seront déposées à la Caisse des dépôts et consignations. Ce dépôt libère l'Institution 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.

A défaut de demande de versement, ces sommes sont acquises à l'Etat dans un délai de trente ans suivant le décès du participant.

Revalorisation post mortem :

Entre le jour du décès et la réception des pièces justificatives permettant le versement des sommes par l'Institution, 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.

5.6.4 Invalidité absolue et définitive

Est assimilée au décès, l'invalidité absolue et définitive interdisant au participant toute activité rémunérée et lui permettant de bénéficier de l'assistance d'une tierce personne au sens de l'assurance invalidité ou de l'assurance accident du travail et maladie professionnelle du régime de base.

L'invalidité absolue et définitive ouvre droit :

- dès la constatation médicale fournie à l'Institution par le participant ou son représentant légal,
- pour autant que cet état persiste;
- et à condition que l'intéressé ne puisse pas prétendre à une retraite de base à taux plein notamment au titre de l'incapacité au travail,

au paiement par anticipation du capital décès de base (y compris, éventuellement, la majoration pour décès accidentel) entre les mains de l'invalidé ou de son représentant légal, tel que défini ci-dessus, hors majoration pour enfant(s) à charge.

La survenance ultérieure du décès du participant en invalidité absolue et définitive ne donnera pas lieu au versement d'un nouveau capital.

Toutefois, les majorations pour enfant à charge seront, le cas échéant, versées aux enfant(s) à charge du participant au jour de son décès.

Lorsque le décès résulte de l'accident à l'origine de l'invalidité absolue et définitive du participant, les éventuelles majorations pour enfant(s) à charge sont majorées dans les conditions définies au présent article.

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

Pour le règlement de la prestation, il sera demandé les pièces suivantes :

- la notification d'invalidité catégorie 2 ou 3 (selon ce qui est prévu au contrat) délivrée par le régime de base ;
- le relevé d'identité bancaire (RIB) du Participant ;
- la pièce d'identité en cours de validité du Participant.

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 5.7 RENTE EDUCATION

En cas de décès d'un participant, l'Institution verse à chaque enfant à charge, tel que défini au Titre 9 des présentes Conditions générales, une rente annuelle d'éducation.

Le montant annuel de cette rente est **calculé forfaitairement sur 5000 points**. La valeur du point est fixée chaque année par le Conseil d'administration, après approbation préalable de la Commission paritaire de suivi.

À titre d'information, la valeur du point est de 0,3074 € au 1^{er} janvier 2026.

Le règlement de cette rente s'effectue à compter du 1^{er} juillet suivant l'année du décès, sous réserve de la réception par l'Institution du dossier de demande de versement, dûment complété et accompagné de l'intégralité des pièces justificatives.

ARTICLE 5.8 RENTE DE CONJOINT

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

5.8.1 Rente viagère

Le conjoint, le cocontractant d'un PACS ou le concubin, tel que défini au Titre 9 des présentes Conditions générales, ouvre droit au décès du participant à une rente de conjoint viagère égale à **10%** du salaire brut annuel prévu à l'article 5-6.

Cette rente est **majorée de 10 % de son montant par enfant à charge** au jour du décès, tel que défini au Titre 9.

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

La rente viagère est versée trimestriellement et à terme à échoir.

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

5.8.2 Rente temporaire

Sous réserve de ne pas pouvoir bénéficier immédiatement d'une allocation de réversion à taux plein du régime de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO, le conjoint, tel que défini au Titre 9 des présentes Conditions générales, ouvre droit au décès du participant à une rente de conjoint temporaire égale à **5%** du salaire brut annuel prévu à l'article 5-6.

La rente de conjoint temporaire est également versée au cocontractant d'un PACS ou concubin, tels que définis au Titre 9 des présentes Conditions générales, alors même qu'ils ne peuvent prétendre au bénéfice de droits de réversion du régime complémentaire AGIRC-ARRCO.

Cette rente est **majorée de 10 % de son montant par enfant à charge** au jour du décès, tel que défini au Titre 9.

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

La rente temporaire est versée trimestriellement et à terme à échoir.

Le versement de cette rente cesse, en tout état de cause, à la date à laquelle le bénéficiaire atteint l'âge normal pour prétendre au paiement de l'allocation de réversion du régime complémentaire AGIRC-ARRCO.

5.8.3 Rente d'orphelin

En cas de décès du participant, les enfants orphelins des deux parents ouvrent droit à une rente d'orphelin égale à **10%** du salaire brut annuel prévu à l'article 5-6 des présentes Conditions générales.

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

La rente d'orphelin 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 9 des présentes Conditions générales et, en tout état de cause, sans condition jusqu'à l'âge de 21 ans.

5.8.4 Capital de substitution

En cas de décès du participant n'ouvrant pas droit aux prestations de rente de conjoint, le capital décès de substitution est attribué au(x) personne(s) physique(s), désignée(s) par le participant.

La désignation des bénéficiaires par le participant s'effectue en remplissant le bulletin de désignation de bénéficiaire prévu à cet effet et disponible sur le site Internet www.groupagricola.com.

Dans le cas où plusieurs personnes sont désignées, le capital décès 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 :

- aux enfants du participant ;
- à défaut, dans l'ordre, aux parents, frères et soeurs ;
- à défaut, aux héritiers.

Ce capital est égal à **50%** du salaire brut annuel prévu à l'article 5-6 des présentes Conditions générales.

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



ARTICLE 5.9 INDEMNITE FRAIS D'OBSEQUES

En cas de décès du participant, de son conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin ou d'un enfant à charge du participant, tel que défini au Titre 9 des présentes Conditions générales, l'Institution verse au participant, ou à la personne qui a personnellement supporté les frais, une indemnité frais d'obsèques.

Cette indemnité est égale au montant des **frais réellement engagés** et limitée à 100 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès.

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

- 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 4-8 des présentes Conditions générales, les cas d'exclusion sont les suivants :

- **le bénéficiaire a commis ou fait commettre un meurtre sur la personne du participant 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 le participant y prend 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 5.10 CESSATION DE LA GARANTIE DÉCÈS

Conformément aux dispositions de l'article « cessation de l'affiliation et des garanties », la garantie décès cesse à la date de cessation de l'affiliation du participant.

Par exception aux dispositions de l'alinéa précédent, la garantie couvrant le risque décès (capital décès, rente d'éducation et indemnité frais d'obsèques) est maintenue pour les participants indemnisés au titre :

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



ARTICLE 5.11 MAINTIEN DES GARANTIES

Les dispositions prévues au Titre « Maintien des garanties prévoyance et frais de santé au titre de la portabilité » relatives à la portabilité s'appliquent aux garanties de Prévoyance.



ARTICLE 5.12 EXCLUSIONS

Les garanties de prévoyance, à l'exception de la rente de conjoint prévue à l'article 5-8 des présentes Conditions générales, ne sont pas accordées dans les cas suivants :

- en cas de guerre ;
- en cas de participation du participant 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 le fait volontaire du participant, autre que le suicide ;

TITRE 6

OPTION FACULTATIVE : GARANTIE MAINTIEN DE SALAIRE



ARTICLE 6.1 OBJET DE LA GARANTIE

La « garantie de maintien de salaire » a pour objet de permettre à l'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.



ARTICLE 6.2 CONDITION DE SOUSCRIPTION DE LA GARANTIE

La « garantie de maintien de salaire » est une garantie facultative. Elle peut être souscrite par toute entreprise adhérente à la CPCEA et relevant de la CCN du Paysage sous réserve de ne pas avoir déjà souscrit le produit optionnel assuré par CPCEA intitulé « Incapacité temporaire de travail ».



ARTICLE 6.3 GROUPE ASSURE

Au choix de l'entreprise, le groupe assuré est constitué :

- soit des seuls techniciens et agents de maîtrise (TAM) ayant acquis une année d'ancienneté;
- soit des seuls cadres ayant acquis six mois d'ancienneté;
- soit de façon cumulative, des deux catégories précitées.



ARTICLE 6.4 ADHESION DE L'ENTREPRISE

L'entreprise adhérente souscrit à la « garantie de maintien de salaire », en complétant un Bulletin d'adhésion qu'elle transmet à l'Institution ou un Bulletin de modification si cette souscription intervient postérieurement à son adhésion aux garanties conventionnelles.

6.4.1 Articulation de la garantie de maintien de salaire avec les garanties de prévoyance conventionnelles

Cette garantie se décline sous la forme de 2 options qui peuvent être cumulées (Option 1 pour les TAM et Option 2 pour les cadres) et permet à l'employeur de répondre intégralement à ses obligations légales et conventionnelles de maintien de salaire en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident de l'un de ses salariés, sous réserve que les conditions de ce maintien obligatoire soient remplies.

Si l'entreprise souscrit la « garantie de maintien de salaire » et que les conditions légales et/ou conventionnelles du maintien de salaires sont remplies, les indemnités journalières complémentaires servies au titre du régime de prévoyance conventionnel interviennent en complément et en relais c'est-à-dire :

- le cas échéant, au-delà de la « garantie de maintien de salaire » pendant la seconde période de mensualisation légale (à 66,66 %) ;

- et à l'expiration de la période d'indemnisation obligatoire telle que prévue par la « garantie de maintien de salaire », en application des dispositions conventionnelles (CCN du Paysage) sur la mensualisation ou en application de l'article L. 1226-1 du Code du Travail (accord national du 10 décembre 1977 sur la mensualisation étendu aux salariés agricoles par l'article 49 de la loi du 30 décembre 1988, modifié par la loi du 25 juin 2008).

Ainsi, lorsque la « garantie de maintien de salaire » est souscrite par l'employeur, la mise en oeuvre de cette garantie optionnelle (TAM et/ou cadres) entraîne les conséquences suivantes :

- paiement par l'entreprise d'une cotisation correspondant aux options choisies (Option 1 pour les TAM et/ou Option 2 pour les cadres). En contrepartie, l'entreprise est exonérée de la part de la cotisation du régime conventionnel qui finance la mensualisation ;
- substitution du maintien de salaire du régime conventionnel de prévoyance (répondant partiellement à l'obligation légale de maintien de salaire appréciée en fonction de l'ancienneté du salarié) par la « garantie de maintien de salaire » (option TAM et/ou cadres) qui permet la mise en conformité avec les obligations légales et conventionnelles (CCN du Paysage).

Si l'entreprise souscrit la « garantie de maintien de salaire » et que les conditions légales et/ou conventionnelles du maintien de salaire ne sont remplies, les indemnités journalières complémentaires sont versées à compter du 21^{ème} jour dans les conditions prévues à l'article 5-1.

▼ 6.4.2 Option 1 pour les Techniciens et Agents de Maîtrise (TAM)

Selon les dispositions des articles L. 1226-1, D. 1226-1 à 8 du Code du travail, tout salarié ayant une année d'ancienneté dans l'entreprise bénéficie, en cas d'absence au travail justifiée par l'incapacité résultant de maladie ou d'accident constaté par certificat médical et contre-visite s'il y a lieu, d'une indemnité complémentaire à l'allocation journalière versée par le régime de base de Sécurité sociale, à condition d'avoir justifié dans les 48 heures de cette incapacité et d'être pris en charge par le régime de base.

Pour faire face intégralement à cette obligation de maintien de salaire, l'entreprise peut souscrire le contrat « garantie de maintien de salaire » - Option 1 pour le collège des TAM, ayant pour objet de décharger l'employeur du coût que représente le versement des indemnités complémentaires au participant en arrêt de travail.

La « garantie de maintien de salaire » (Option 1 pour les TAM) est financée intégralement par l'employeur.

La contribution patronale qui finance le maintien de salaire n'a pas pour objet de conférer au participant un avantage supplémentaire et ne constitue donc pas une contribution de l'employeur au financement d'un dispositif de prévoyance instituant des garanties complémentaires au profit des salariés.

Le montant de l'indemnité journalière complémentaire à celle versée par le régime de base est fixé à un pourcentage (figurant au tableau ci-dessous) de la fraction journalière du salaire de base et son versement intervient :

- à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail, si celui-ci est consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ;
- à compter du 8^{ème} jour d'arrêt de travail en cas de maladie ou d'accident de la vie privée.

Ancienneté dans l'entreprise	Indemnisation à 90% du salaire de base	Indemnisation à 66,66% du salaire de base	Durée totale
De 1 à 5 ans inclus	30 jours	30 jours	60 jours
De 6 à 10 ans inclus	40 jours	40 jours	80 jours
De 11 à 15 ans inclus	50 jours	50 jours	100 jours
De 16 à 20 ans inclus	60 jours	60 jours	120 jours
De 21 à 25 ans inclus	70 jours	70 jours	140 jours
De 26 à 30 ans inclus	80 jours	80 jours	160 jours
31 ans et plus	90 jours	90 jours	180 jours

Le salaire servant de base au calcul des prestations incapacité temporaire de travail, est égal au salaire brut ayant donné lieu à cotisation, limité à quatre fois le montant du plafond annuel de la Sécurité sociale et se rapportant à la période de référence retenue par la Mutualité Sociale Agricole afin de déterminer le salaire journalier de référence servant au calcul de ses prestations.

▼ 6.4.3 Option 2 pour les cadres

Selon les dispositions des articles L. 1226-1, D. 1226-1 à 8 du Code du travail, tout salarié ayant une année d'ancienneté dans l'entreprise bénéficie, en cas d'absence au travail justifiée par l'incapacité résultant de maladie ou d'accident constaté par certificat médical et contre-visite s'il y a lieu, d'une indemnité complémentaire à l'allocation journalière versée par le régime de base de Sécurité sociale, à condition d'avoir justifié dans les 48 heures de cette incapacité et d'être pris en charge par le régime de base.

La Convention Collective Nationale des entreprises du paysage du 10 octobre 2008 (Article 15 du chapitre VI) prévoit, pour le collège des cadres, des dispositions plus favorables par rapport au dispositif légal exposé ci-dessus, en abaissant la condition d'ancienneté requise à 6 mois et en supprimant le délai de franchise de 7 jours en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident de la vie privée.

Pour faire face intégralement à cette obligation légale de maintien de salaire ainsi qu'aux obligations conventionnelles (CCN du Paysage), l'entreprise peut souscrire le contrat « garantie de maintien de salaire » - Option 2 pour le collège des cadres, ayant pour objet de décharger

l'employeur du coût que représente le versement des indemnités complémentaires au participant en arrêt de travail.

La « garantie de maintien de salaire » (Option 2 pour les cadres) est financée intégralement par l'employeur.

La contribution patronale qui finance le maintien de salaire n'a pas pour objet de conférer au participant un avantage supplémentaire et ne constitue donc pas une contribution de l'employeur au financement d'un dispositif de prévoyance instituant des garanties complémentaires au profit des salariés.

Le versement de l'indemnité journalière complémentaire intervient à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail, que celui-ci soit consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, ou à une maladie ou un accident de la vie privée et son montant varie selon l'ancienneté du salarié cadre.

• CADRES ENTRE 6 MOIS ET UN AN D'ANCIENNETÉ

Le montant total de l'indemnisation (indemnités journalières du régime de base et « garantie de maintien de salaire ») est porté à 90 % du salaire journalier de base pendant une durée de 20 jours par arrêt de travail.

Le salaire servant de base au calcul des prestations incapacité temporaire de travail, est égal au salaire brut ayant donné lieu à cotisation, limité à quatre fois le montant du plafond annuel de la Sécurité sociale et se rapportant à la période de référence retenue par la Mutualité Sociale Agricole afin de déterminer le salaire journalier de référence servant au calcul de ses prestations.

• CADRES AYANT PLUS D'UN AN D'ANCIENNETÉ

Le montant de l'indemnité journalière complémentaire à celle versée par le régime de base est fixé à un pourcentage (figurant au tableau ci-dessous) de la fraction journalière du salaire de base et son versement intervient à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail, que celui-ci soit consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, ou à une maladie ou un accident de la vie privée et son montant varie selon l'ancienneté du salarié cadre.

Ancienneté dans l'entreprise	Indemnisation à 90% du salaire de base	Indemnisation à 66,66% du salaire de base	Durée totale
De 1 à 5 ans inclus	30 jours	30 jours	60 jours
De 6 à 10 ans inclus	40 jours	40 jours	80 jours
De 11 à 15 ans inclus	50 jours	50 jours	100 jours
De 16 à 20 ans inclus	60 jours	60 jours	120 jours
De 21 à 25 ans inclus	70 jours	70 jours	140 jours
De 26 à 30 ans inclus	80 jours	80 jours	160 jours
31 ans et plus	90 jours	90 jours	180 jours

Le salaire servant de base au calcul des prestations incapacité temporaire de travail, est égal au salaire brut ayant donné lieu à cotisation, limité à quatre fois le montant

du plafond annuel de la Sécurité sociale et se rapportant à la période de référence retenue par la Mutualité Sociale Agricole afin de déterminer le salaire journalier de référence servant au calcul de ses prestations.



ARTICLE 6.5

PRISE D'EFFET - AFFILIATION - MODIFICATION

▼ 6.5.1 Prise d'effet

L'entreprise adhérente qui souscrit la « garantie de maintien de salaire » (Option 1 pour les TAM et/ou Option 2 pour les cadres) doit obligatoirement affilier à cette garantie l'ensemble des salariés présents et futurs constituant le groupe assuré.

La « garantie de maintien de salaire » prend effet à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion.

▼ 6.5.2 Affiliation et ouverture des droits

L'affiliation du participant à la « garantie de maintien de salaire » prend effet :

- à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise à ladite garantie lorsque l'intéressé est inscrit sur les registres du personnel à cette date et qu'il fait partie du groupe assuré ;
- à compter de la date d'embauche ou de promotion du salarié, lorsque celui-ci est engagé ou promu postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise à ladite garantie.

Le participant ouvre droit à la « garantie maintien de salaire » dès lors qu'il appartient au groupe assuré et justifie de l'ancienneté requise, à savoir :

- 1 année dans l'entreprise pour le collège des TAM (Option 1) ;
- 6 mois dans l'entreprise pour le collège des Cadres (Option 2).

▼ 6.5.3 Modification

L'entreprise adhérente qui ne souhaite plus bénéficier de la « garantie de maintien de salaire », mais choisit d'adhérer uniquement aux garanties de prévoyance conventionnelles, doit formaliser ce changement par la signature d'un bulletin de modification qui doit être adressé à l'Institution au plus tard le 31 octobre et prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivante.

TITRE 7

GARANTIE FRAIS DE SANTÉ



ARTICLE 7.1 BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE

La garantie est accordée au participant, en activité ou en incapacité de travail (temporaire ou permanente) pour maladie, accident de la vie privée, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle, et à ses ayants droit, tels que définis au Titre 9 des présentes Conditions générales, dans la mesure où le participant bénéficie de droits ouverts au titre des prestations en nature du régime de base.



ARTICLE 7.2 ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES

7.2.1 Pour le participant

La garantie entre en vigueur immédiatement, dès la prise d'effet de l'affiliation du participant, conformément aux dispositions de l'article « Affiliation et prise d'effet des garanties ».

7.2.2 Pour les ayants droit du participant

La garantie entre en vigueur à l'égard des ayants droit immédiatement, soit :

- à la date de prise d'effet de l'affiliation du participant ;
- à la date de survenance d'un événement modifiant la situation familiale (mariage, concubinage, PACS, naissance ou adoption d'un enfant) et dûment déclaré à l'Intitution ou à la CCMO Mutuelle (pour les DROM).



ARTICLE 7.3 MONTANT DES GARANTIES

Le présent contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits « responsables », institué par la loi n° 2004-810 du 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 au Titre 9 des présentes Conditions générales.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale et/ou en euros et/ou en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur à la date des soins.

Les forfaits exprimés en euros ou en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur à la date des soins 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 thermique, 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 ;
- Pour les véhicules destinés à des personnes en situation de handicap (VPH) en location de courte durée (LCD), à hauteur des PLV ;
- Pour les prothèses capillaires de classe II, à hauteur des PLV.

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 7.4

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 prise d'effet ou après la cessation des garanties ;
- les frais de santé résultant d'actes qui, bien qu'inscrits à la nomenclature des actes professionnels, ne sont pas pris en charge par le régime de base, sauf exceptions prévues au tableau des garanties annexé au présent contrat ;
- 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.

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

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

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

ARTICLE 7.5 **ÉTENDUE 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 de base de Sécurité sociale français.

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

ARTICLE 7.6 **RÈGLEMENT DES PRESTATIONS ET CONTRÔLE**

Les prestations complémentaires santé prévues au présent contrat sont réglées directement par la caisse de Mutualité Sociale Agricole des participants demeurant en métropole ou par la CCMO Mutuelle pour les participants des DROM.

Le présent contrat met à disposition du participant et de ses 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 caisse de Mutualité Sociale Agricole ou la CCMO Mutuelle délivre au participant une carte complémentaire (sous forme papier) qui doit lui être restituée lorsque le participant cesse de bénéficier dudit contrat.

ARTICLE 7.7 **CONTRÔLE**

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

Le participant qui, intentionnellement, fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement perd 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, l'Institution se réserve le droit de récupérer toutes prestations indûment réglées au participant.

ARTICLE 7.8 **CESSATION DE LA GARANTIE**

La garantie frais de santé prend fin tant à l'égard du participant que de ses ayants droit à la date de la cessation de l'affiliation telle qu'elle est prévue à l'article « Cessation de l'affiliation et des garanties ».

À l'égard des ayants droit du participant, les garanties cessent dès qu'ils perdent la qualité d'ayant droit telle que définie au Titre 9 « Définitions des ayants droit » des présentes Conditions générales.

ARTICLE 7.9 **MAINTIEN DE LA GARANTIE SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL**

▼ **7.9.1 Portabilité**

Les dispositions prévues au Titre « Maintien des garanties prévoyance et santé au titre de la portabilité » s'appliquent à la garantie Frais de santé.

▼ **7.9.2 Maintien sous forme de contrat individuel (art 4 de la loi Evin)**

En application de la loi 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Évin », l'Institution proposera aux participants, dans les 2 mois qui suivent la date de cessation de leur contrat de travail ou la date de fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits, le maintien de la garantie frais de santé dans le cadre d'une adhésion à un contrat individuel, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire, sous réserve qu'ils répondent à l'une des conditions suivantes :

- être 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 la CMSA.

Les ayants droit d'un participant décédé peuvent également adhérer à ce contrat individuel.

Les ayants droit concernés devront toutefois justifier qu'ils ont droit aux prestations en nature du régime social de base. Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à l'Institution au plus tard 6 mois après le décès du participant.

L'adhésion à titre individuel s'effectue sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire.

La proposition d'adhésion au contrat individuel est adressée au participant ou aux ayants droit concernés, au plus tard, dans un délai de 2 mois à compter de la rupture du contrat de travail du participant ou, le cas échéant, de la fin de la période de la portabilité.

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à l'Institution, au plus tard, 6 mois après la date de cessation de la garantie frais de santé collective ou, pour les ayants droit d'un participant décédé, au plus tard 6 mois après le décès du participant.

Le contrat individuel entre en vigueur dès la date de cessation de la garantie du présent contrat collectif, sous réserve du paiement par le participant des cotisations depuis cette date.

En application du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les tarifs applicables aux anciens salariés ou 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 8

MAINTIEN DES GARANTIES PREVOYANCE ET FRAIS DE SANTÉ AU TITRE DE LA PORTABILITÉ



ARTICLE 8.1 PRESENTATION DU DISPOSITIF

En cas de cessation de son contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, le participant peut bénéficier du maintien des garanties prévu par le contrat de l'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 est acquis au participant sans versement de cotisation durant la période de portabilité, le financement de ce maintien étant inclus dans la cotisation des actifs.



ARTICLE 8.2 BENEFICIAIRES

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

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

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



ARTICLE 8.3 OUVERTURE ET DUREE DES DROITS A PORTABILITE

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

La durée du maintien des garanties est égale à la durée de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de ses derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs dans l'entreprise.

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



ARTICLE 8.4 OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHERENTE

L'entreprise adhérente doit informer l'Institution et la caisse de la Mutualité Sociale Agricole de la cessation du contrat de travail du salarié susceptible d'ouvrir droit à la portabilité.



ARTICLE 8.5 OBLIGATIONS DE L'ANCIEN SALARIE

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'Institution, à l'ouverture ainsi qu'au cours de la période de portabilité, qu'il remplit les conditions requises. À ce titre, l'ancien salarié doit fournir une copie de son certificat de travail et de l'attestation de prise en charge par l'assurance chômage. En cas de décès de

l'ancien salarié, 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, l'ancien salarié doit 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 l'arrêt de travail. L'ancien salarié doit informer l'Institution de la cessation du versement des allocations chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité.

ARTICLE 8.6 **PRESTATIONS**

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

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

Toute modification des prestations du présent contrat intervenant au cours de la période de portabilité est applicable aux bénéficiaires du maintien des garanties.

ARTICLE 8.7 **CESSATION DE LA PORTABILITE**

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

- à la fin de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié ouvre droit si elle est inférieure à 12 mois ;
- à la date à laquelle l'ancien salarié reprend une activité professionnelle ;
- à la date de cessation du versement des allocations chômage ;
- à la date de la liquidation de la pension d'assurance vieillesse du régime de base, y compris pour inaptitude au travail ;
- en cas de décès de l'ancien salarié ;
- en cas de résiliation du présent contrat.

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

TITRE 9

DEFINITIONS DES AYANTS DROIT



ARTICLE 9.1 DEFINITIONS DES AYANTS DROIT

Pour le bénéfice des garanties de prévoyance et de santé, les ayants droit sont définis comme suit :

CONJOINT

Par conjoint, il faut entendre la personne mariée avec le participant et non séparée de droit. Pour les garanties prévoyance et santé, sont assimilés au conjoint, le cocontractant d'un PACS et le concubin tels que définis ci-après.

COCONTRACTANT D'UN PACS

Par « cocontractant d'un PACS », il faut entendre la personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS) avec le participant.

CONCUBIN

Par « concubin », il faut entendre la personne vivant en concubinage avec le participant 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 l'union ou adopté.

ENFANTS A CHARGE (HORS RENTE DE CONJOINT)

Sont considérés comme ayants droit du participant au sens dudit contrat (hormis pour la garantie rente de conjoint) les enfants à charge définis comme suit :

- les enfants du salarié, nés ou à naître, dont la filiation est légalement établie, y compris adoptive ;
- les enfants qu'il a recueillis et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue ;

- les enfants du conjoint, du cocontractant d'un PACS ou du concubin du salarié, dont la filiation est légalement établie, sous réserve d'être à la charge effective du salarié, c'est-à-dire si celui-ci subvient à leurs besoins et assure leur éducation et, pour les garanties de 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.

ENFANTS A CHARGE (POUR LA RENTE DE CONJOINT)

Sont considérés comme « enfants », au moment du décès du participant :

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

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

- être âgés de moins de 18 ans ;
- être âgés de moins de 26 ans, s'ils poursuivent 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), s'ils sont en apprentissage, s'ils poursuivent une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes, s'ils sont inscrits auprès de France Travail préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré ou s'ils sont 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 10

DEFINITIONS DES TERMES PROPRES AU CONTRAT



ARTICLE 10.1 DEFINITIONS DES TERMES AU CONTRAT

100% SANTÉ

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) : tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professionnels de santé conventionnés.
- Le Tarif d'Autorité (TA) : 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

Il s'agit d'un séjour dans un établissement thermal obligatoirement prescrit par un médecin afin de traiter certaines affections ou pathologies.

Les prestations prévues au tableau de garanties interviennent uniquement dans le cadre de cures thermales remboursées par le régime obligatoire.

Lorsque ces prestations figurent au tableau de garanties, les frais de transport et d'hébergement liés à une cure thermale remboursée par le régime obligatoire peuvent être pris en charge par l'Institution, selon qu'ils soient remboursés ou non par le régime obligatoire et sur présentation de justificatifs.

Si plusieurs bénéficiaires au contrat se rendent ensemble en cure thermale (les deux conjoints ou le participant et un ayant droit, etc.) au moyen du même taxi (ou équivalent) et/ou sont logés dans le même hébergement, la prestation prévue au contrat sera versée **dans la limite des frais globaux réellement engagés** et uniquement à la personne qui a supporté les frais.

Les frais de transport engendrés par l'usage d'un moyen de locomotion personnel (qu'ils soient ou non remboursés par le régime obligatoire) ne sont pas remboursés par l'Institution.

Frais de transport et d'hébergement d'une personne accompagnante

Dans le cas où un assuré ne peut pas se déplacer seul en raison de son âge (moins de 16 ans) ou de son état de santé, ses frais de transport et d'hébergement ainsi que ceux d'une personne accompagnante également bénéficiaire du contrat peuvent être pris en charge.

La prestation prévue au contrat sera versée **une seule fois**, dans la limite des frais réels et selon les mêmes conditions et modalités que celles indiquées ci-dessus.

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 du participant 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 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 un montant fixé par l'Etat, 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.

Le montant de ce forfait est défini par arrêté.

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 dépassements d'honoraires pratiqués à ce titre par certains professionnels de santé et/ou majorations de ticket modérateur appliquées à titre de sanction par le régime 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 PARAMÉDICAUX

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.

MATÉRIEL MÉDICAL

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...

MATERNITÉ

Grossesse non pathologique, l'accouchement et ses suites. La maternité n'est 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 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 de 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 SÉCURITÉ 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.

PROTHÈSE CAPILLAIRE TOTALE

Les personnes qui ont perdu leurs cheveux en raison d'une maladie ou du traitement de cette maladie (une chimiothérapie notamment) peuvent bénéficier d'une prise en charge de leur perruque totale ou prothèse capillaire totale pour masquer la chute de leurs cheveux (appelée alopecie) si celle-ci leur a été prescrite médicalement et fournie par un distributeur agréé spécialisé.

Les perruques totales ou prothèses capillaires totales sont réparties en 4 classes, selon leurs compositions et en fonction de la zone de cheveux qui a été implantée manuellement et non à la machine conformément à l'arrêté du 16 octobre 2025.

Depuis le 1^{er} janvier 2026, leurs prises en charge varient selon la classe dont elles relèvent :

- classe I : Son prix, correspondant à la base de remboursement du régime obligatoire, est intégralement remboursé de manière conjointe par le régime obligatoire et l'Institution.
- classe II : Dans le cadre du dispositif 100 % SANTE, l'assuré est intégralement remboursé de manière conjointe par le régime obligatoire et l'Institution dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV).
- classe III : Son prix est remboursé de manière conjointe par le régime obligatoire et l'Institution dans la limite de la base de remboursement du régime obligatoire. Selon ce qui est prévu au tableau de garanties, les dépassements de tarifs au-delà de la base de remboursement du régime obligatoire peuvent être pris en charge en tout ou partie par l'Institution dans la limite du prix limite de vente (PLV).
- classe IV : Son prix est remboursé de manière conjointe par le régime obligatoire et l'Institution dans la limite de la base de remboursement du régime obligatoire. Selon ce qui est prévu au tableau de garanties, les dépassements de tarifs au-delà de la base de remboursement du régime obligatoire peuvent être pris en charge en tout ou partie par l'Institution.

La prise en charge de la prothèse capillaire comprend aussi la prise en charge indissociable d'un accessoire textile permettant de recouvrir la tête nue

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

VEHICULE POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Conformément à l'arrêté du 6 février 2025, les fauteuils roulants, aussi appelés véhicules pour les personnes en situation de handicap (VPH), inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPP), sont pris en charge intégralement à partir du 1^{er} décembre 2025.

Les fauteuils à l'achat et les forfaits de location de longue durée sont intégralement pris en charge par le régime de base obligatoire dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV).

Dans le cadre du dispositif « 100 % SANTE », les forfaits de location de courte durée sont intégralement pris en charge de manière conjointe par le régime de base obligatoire et l'Institution dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV).

L'option d'achat consécutive à une location de courte durée est prise en charge de manière conjointe par le régime de base obligatoire et l'Institution dans la limite de la base de remboursement du régime obligatoire.

Le forfait de location de courte durée d'un véhicule pour personnes en situation de handicap (VPH) inclut la prise en charge des éléments suivants :

- Le fauteuil,
- Les adjonctions et accessoires adaptés au besoin de la personne,
- Les éventuelles réparations nécessaires pendant la période de location,
- Le changement de fauteuil pour un fauteuil équivalent en cas de casse,
- Le forfait « mise à disposition » (MAD) visant les fauteuils modulaires, à savoir les FRM (fauteuils roulants modulaires à propulsion manuelle ou à pousser) et FRE (fauteuils roulants modulaires à propulsion par moteur électrique), qui comprend :
 - les essais adaptés au type de fauteuil concerné ;
 - la préparation du fauteuil roulant (réception, contrôle de conformité à la commande et assemblage) ;
 - le réglage pour adaptation au patient ;
 - et éventuellement un déplacement à domicile pour les réglages après quelques jours ou semaines d'utilisation.

Le forfait « mise à disposition » (MAD) est pris en charge dans la limite d'un épisode de location courte durée et par patient.

La prise en charge sans reste à charge (dans la limite des Prix Limites de Vente) s'applique aux fauteuils roulants qui respectent les exigences techniques minimales décrites dans la nomenclature.

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

Toutefois, si le participant souhaite obtenir des informations complémentaires, les organismes d'assurance maladie complémentaires réunis au sein de l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire) ont élaboré divers documents permettant de mieux comprendre les contrats complémentaire santé et notamment un glossaire définissant de façon détaillée les soins et prestations effectués par les professionnels de santé, les conditions et modalités de remboursement éventuel de ces soins et prestations par les Régimes obligatoires de protection sociale et/ou par les complémentaires santé. Ces documents peuvent être librement consultés sur le site internet de l'UNOCAM, à l'adresse suivante : « <http://www.unocam.fr/> » <http://www.unocam.fr>

TITRE 11

TABLEAUX DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ



ARTICLE 11.1

TABLEAUX DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ (Hors Alsace-Moselle et Alsace-Moselle)

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 ainsi que le forfait location de courte durée d'un véhicule pour personnes en situation de handicap (VPH) et les prothèses capillaires de classe II 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.

Les remboursements garantis 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 présent tableau de garanties.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale et/ou en euros et/ou en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur à la date des soins.

Les forfaits exprimés en euros ou en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur à la date des soins et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, sauf exceptions prévues par la réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au présent tableau de garanties.

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 infirmiers ⁽²⁾	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
● Sages femmes 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 et infirmiers ⁽²⁾	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 100 % Santé ⁽⁷⁾			
- Forfait location de courte durée d'un véhicule pour personnes en situation de handicap (VPH) (et le forfait mise à disposition "MAD" associé)	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
- Prothèses capillaires totales de classe II (y compris l'accessoire textile indissociable s'y rattachant)	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
● Matériel médical hors 100 % Santé ⁽⁷⁾			
- Option d'achat après une location de courte durée d'un véhicule pour personnes en situation de handicap (VPH)	60 % BR	40 % BR	100 % BR
- Prothèses capillaires totales de classe I (y compris l'accessoire textile indissociable s'y rattachant)	60 % BR	40 % BR	100 % BR
- Prothèses capillaires totales de classes III ⁽⁷⁾ et IV (y compris l'accessoire textile indissociable s'y rattachant)	60 % BR	240 % BR	300 % BR
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	100% FR - RO	100 % FR
- Grands et petits appareillages (hors véhicule pour personne en situation de handicap), orthopédie, accessoires, prothèses (autres que dentaires, auditives et capillaires totales), piles et accessoires pour les aides auditives	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			
● 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			
Équipement : 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

Nature des frais	Remboursement du régime de base hors Alsace Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement total Régime de base inclus
OPTIQUE (suite)			
• 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
DENTAIRE			
• Actes, consultations, soins et prothèses 100% Santé ⁽¹¹⁾	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) ⁽¹¹⁾	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
• Prothèses (hors 100% Santé) :			
- prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹¹⁾	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	-	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 $\leq +4$ 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 $\geq 0,25$ 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 $\leq +4$ 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 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 infirmiers ⁽²⁾	90 % BR	100 % FR – RO	100 % FR
• Sages femmes y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti - grippale ⁽²⁾	90 % BR	100 % FR – RO	100 % FR
• Consultation psychologue (dispositif Mon soutien Psy) 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 Mon soutien Psy)	-	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)	de 90 % à 100 % BR	de 10 % à 0 % 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 90 % à 100 % BR	de 10 % 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 100 % Santé ⁽⁷⁾			
- Forfait location de courte durée d'un véhicule pour personnes en situation de handicap (VPH) (et le forfait mise à disposition "MAD" associé)	100 % BR	Frais réels – RO	Frais réels
- Prothèses capillaires totales de classe II (y compris l'accessoire textile indissociable s'y rattachant)	90 % BR	Frais réels – RO	Frais réels
• Matériel médical hors 100 % Santé ⁽⁷⁾			
- Option d'achat après une location de courte durée d'un véhicule pour personnes en situation de handicap (VPH)	100 % BR	-	100 % BR
- Prothèses capillaires totales de classe I (y compris l'accessoire textile indissociable s'y rattachant)	90 % BR	10 % BR	100 % BR
- Prothèses capillaires totales de classes III ⁽⁸⁾ et IV (y compris l'accessoire textile indissociable s'y rattachant)	90 % BR	210 % BR	300 % BR
- Fournitures médicales, pansements	90 % BR	100% FR – RO	100% FR
- Grands et petits appareillages (hors véhicule pour personne en situation de handicap), orthopédie, accessoires, prothèses (autres que dentaires, auditives et capillaires totales), piles et accessoires pour les aides auditives	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 ⁽⁶⁾	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
MATERNITÉ			
• 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 ⁽⁶⁾	100 % FR	-	100 % FR
• Forfait patient urgences ⁽⁷⁾	100 % FR	-	100 % FR
• Chambre particulière	-	1000 €/an/bénéficiaire	1000 €/an/bénéficiaire

Nature des frais	Remboursement du régime de base Alsace Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement total Régime de base inclus
OPTIQUE			
Équipement : 2 verres + monture		1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽¹⁰⁾	
• Équipements 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
DENTAIRE			
• Actes, consultations, soins et prothèses 100% Santé ⁽¹¹⁾	90 % BR	Frais réels – RO	Frais réels
• Actes, consultations et soins (hors 100% Santé) ⁽¹⁴⁾	90 % BR	100 % FR – RO	100 % FR
• Inlay Onlay (hors 100% Santé) ⁽¹¹⁾	90 % BR	100 % FR – RO	100 % FR
• Prothèses (hors 100% Santé) :			
- prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹¹⁾	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⁾			
• Équipements 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 ⁽³⁾	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 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 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- 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 $\leq$ +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) $\leq$ 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 $\geq$ 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 $\leq$ +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) $\leq$ 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 $\geq$ 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 12

RESEAU DE SOINS



ARTICLE 12.1 RESEAU DE SOINS

■ CARTE BLANCHE EST UN RÉSEAU OUVERT À TOUS LES OPTICIENS

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 Blanche 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 71 07.
Services disponibles 7 jours sur 7 - 24 heures sur 24 depuis la France et l'étranger.



ARTICLE 13.2

CONDITIONS GÉNÉRALES DE LA GARANTIE ASSISTANCE

ARTICLE 1

Dispositions générales de la garantie Assistance

1. Objet de l'assistance

La garantie ASSISTANCE est assurée par MUTUAIDE ASSISTANCE (entreprise régie par le Code des assurances située 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 9.

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

Remboursement des frais engagés

MUTUAIDE 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 le bénéficiaire séjourne et/ou nationale de son 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 leurs 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, tel 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).

La 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 (comprenant un ou deux repas) selon les conditions définies dans le tableau des prestations de la garantie Assistance.

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

Recherche et livraison de médicaments

Le bénéficiaire immobilisé au domicile n'est pas en mesure d'aller acheter ses médicaments. MUTUAIDE organise et prend en charge, dans la limite des contraintes locales, la recherche et 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.



AGRICAPRÉVOYANCE

Proches par nature, engagés à vos côtés

AGRICAPRÉVOYANCE - www.groupagricap.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