

CCN DES
ENTREPRISES DU
PAYSAGE - CADRES
ET TAM

INDIVIDUEL

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION **REGIME FRAIS DE SANTE**



**AGRICA
PRÉVOYANCE**

Proches par nature, engagés à vos côtés

SOMMAIRE



TITRE 1	PRÉAMBULE	4
TITRE 2	DISPOSITIONS GÉNÉRALES	5
ARTICLE 2.1	Objet du contrat	5
ARTICLE 2.2	Organismes assureurs	5
ARTICLE 2.3	Délégation de gestion	5
ARTICLE 2.4	Réseau de soins	5
ARTICLE 2.5	Souscripteur	6
ARTICLE 2.6	Extension de garantie aux ayants droit	6
ARTICLE 2.7	Modalités de souscription	6
ARTICLE 2.8	Durée du contrat	6
ARTICLE 2.9	Révision du contrat	8
TITRE 3	COTISATION	9
ARTICLE 3.1	Montant de la cotisation	9
ARTICLE 3.2	Modalités de paiement de la cotisation	9
ARTICLE 3.3	Sanction en cas de non-paiement de la cotisation	9
ARTICLE 3.4	Evolution de la cotisation	10
TITRE 4	GARANTIE	11
ARTICLE 4.1	Bénéficiaire de la garantie	11
ARTICLE 4.2	Entrée en vigueur des garanties	11
ARTICLE 4.3	Montant des remboursements	11

ARTICLE 4.4	Règlement des prestations	12
ARTICLE 4.5	Contrôle	13
ARTICLE 4.6	Recours contre tiers responsable	13
ARTICLE 4.7	Etendue territoriale des garanties	13
ARTICLE 4.8	Limites et exclusions de garanties	13
ARTICLE 4.9	Cessation de la garantie	13
TITRE 5	DISPOSITIONS DIVERSES	14
ARTICLE 5.1	Prescription	14
ARTICLE 5.2	Fausse déclaration	15
ARTICLE 5.3	Protection des données à caractère personnel	15
ARTICLE 5.4	Réclamations – Médiation	15
ARTICLE 5.5	Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	16
TITRE 6	DÉFINITIONS DES AYANTS DROIT ET JUSTIFICATIFS À FOURNIR SELON LA SITUATION	17
TITRE 7	PIÈCES À FOURNIR POUR LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	19
TITRE 8	TABLEAUX DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	20
TITRE 9	RÉSEAU DE SOINS	27
TITRE 10	GARANTIE ASSISTANCE	28
ARTICLE 10.1	PRESTATIONS DE LA GARANTIE ASSISTANCE	28
ARTICLE 10.2	CONDITIONS GÉNÉRALES DE LA GARANTIE ASSISTANCE	30
TITRE 11	GLOSSAIRE	38

TITRE 1

PRÉAMBULE

Le contrat individuel Santé Évin Paysage organise dans les conditions définies par la Loi Évin le maintien des garanties collectives Santé des anciens salariés cadres et TAM ayant relevé de l'accord national du 15 juin 2012 et de la convention collective nationale des entreprises du paysage du 10 octobre 2008 et avenants.

Les personnes pouvant souscrire au contrat sont définies par l'article 4-1 des présentes Conditions générales.

Le contrat Santé Évin Paysage se compose :

- des Conditions générales valant Notice d'information : elles exposent l'ensemble des dispositions du contrat, le montant des garanties, ainsi que les documents nécessaires au règlement des prestations ;
- du bulletin de souscription : document signé par le futur souscripteur qui formalise sa demande de souscription ;
- du certificat de souscription : document complété et envoyé par la CPCEA au souscripteur, qui valide sa souscription au contrat et définit les Conditions particulières dans lesquelles elle s'exerce.

Dans ce contrat, nous utilisons régulièrement les termes suivants :

- le souscripteur est la personne qui conclut le contrat généralement désigné par vous ;
- les bénéficiaires désignent le souscripteur et les ayants droit définis au Titre 6 ;
- l'Institution est l'Institution de prévoyance qui assure la garantie frais de santé.

TITRE 2

DISPOSITIONS GÉNÉRALES



ARTICLE 2.1

Objet du contrat

Le contrat individuel complémentaire Santé Évin a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par les assurés, en complétant, acte par acte, les prestations versées par le régime de base de sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés.

Le présent contrat permet de maintenir le niveau obligatoire de couverture dont vous bénéficiiez antérieurement au titre des garanties collectives santé.

Ce contrat prévoit également des prestations d'assistance pour couvrir les conséquences d'une maladie, d'un accident ou d'un décès (conditions exposées au Titre 10 des présentes Conditions générales valant Notice d'information).



ARTICLE 2.2

Organismes assureurs

Les garanties du contrat sont assurées par :

CPCEA

sise 21, rue de la Bienfaisance - 75382 PARIS Cedex 08

Institution de prévoyance régie par les dispositions du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), dont le siège se situe au 61, rue Taitbout, 75009 PARIS.

La garantie assistance est assurée par :

MUTUAIDE ASSISTANCE

sise 126 rue de la Piazza - CS 20010 - 93196 NOISY-LE-GRAND Cedex

Société d'Assurance régie par le Code des Assurances.

CPCEA et MUTUAIDE ASSISTANCE sont soumises 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 2.3

Délégation de gestion

Pour les anciens salariés de la métropole, la gestion administrative des prestations complémentaires frais de santé est déléguée à la caisse de la Mutualité Sociale Agricole dont ils relèvent.

Pour les anciens salariés des départements et régions d'outremer (DROM), 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 2.4

Réseau de soins

Les anciens salariés couverts ainsi que leurs éventuels ayants droit bénéficient des services du réseau de soins proposés par Carte Blanche Partenaires, 26 rue Laffitte - 75009 Paris décrits au Titre 9 des présentes Conditions générales valant Notice d'information.

ARTICLE 2.5

Souscripteur

Peuvent souscrire au contrat Santé Évin, après la date de cessation de la garantie collective, sans période probatoire ni contrôle médical :

- **l'ancien salarié**, en cas de rupture de son contrat de travail, ou fin de période de la portabilité, dans la mesure où il bénéficie :
 - d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
 - d'une pension de retraite ;
 - d'un revenu de remplacement, s'il est privé d'emploi.
- **l'ayant droit**,
 - du salarié, en cas de décès de ce dernier durant sa période d'activité ;
 - du souscripteur au contrat Santé Évin, en cas de décès de ce dernier sous réserve qu'il ait bénéficié d'une extension de garanties au titre du présent contrat.

ARTICLE 2.6

Extension de garantie aux ayants droit

Si vous le souhaitez, vous pouvez demander l'extension de garantie au bénéfice d'un ou plusieurs ayants droit tels que définis au Titre 6 :

- soit simultanément à votre souscription au contrat ;
- soit postérieurement à votre souscription à tout moment.

ARTICLE 2.7

Modalités de souscription

Votre demande de souscription (ou le cas échéant celle de vos ayants droit dans le cas où vous décédez) doit intervenir :

- dans les 6 mois qui suivent la rupture de votre contrat de travail si vous avez bénéficié, en tant que salarié, du contrat collectif frais de santé ;

ou

- dans les 6 mois qui suivent l'expiration de la période durant laquelle vous avez bénéficié de la portabilité des droits frais de santé ;

ou

- dans les 6 mois qui suivent votre décès pour vos ayants droit ayant bénéficié du contrat collectif frais de santé ou du présent contrat.

Votre souscription au présent contrat s'effectue en remplissant le **bulletin de souscription** devant être retourné à la CPCEA accompagné de l'ensemble des pièces justificatives.

L'acceptation de la souscription est matérialisée par l'envoi, par retour de courrier, du certificat de souscription accompagné de l'échéancier des cotisations.

ARTICLE 2.8

Durée du contrat

2.8.1 Prise d'effet de la souscription et de l'extension de garantie

Lorsque la demande de maintien intervient au plus tard dans le mois civil qui suit la sortie du contrat collectif, le contrat Santé Évin Paysage prend effet dès le lendemain de la cessation de la couverture santé collective.

Si la demande intervient postérieurement à cette date, le présent contrat prend effet le premier jour du mois civil qui suit la réception par la CPCEA du bulletin de souscription accompagné des pièces justificatives nécessaires. Si la demande de souscription est accompagnée d'une demande d'extension de garantie, celle-ci prend effet en même temps.

En cas de demande d'extension de garantie postérieurement à votre souscription, celle-ci prend effet le 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception par la CPCEA de la demande dûment complétée, signée et accompagnée des pièces justificatives nécessaires, définies au Titre 7.

2.8.2 Durée

Le contrat prend fin le 31 décembre de chaque année civile. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction, le 1^{er} janvier de chaque année.

2.8.3 Renonciation

Après votre souscription au contrat Santé Évin, vous avez la possibilité de vous rétracter dans les 30 jours calendaires révolus qui suivent l'envoi du certificat de souscription, à la condition de n'avoir perçu aucun remboursement de frais de santé pendant ce délai. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

La renonciation s'effectue :

- soit dans sa totalité, pour l'ensemble des personnes bénéficiaires du contrat ;
- soit partiellement, pour un ou plusieurs ayants droit bénéficiaires d'une extension de garantie.

Pour exercer ce droit, vous devez adresser à l'Institution dans les 30 jours révolus qui suivent la réception du certificat de souscription, une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, rédigé comme suit :

Pour une renonciation totale :

« Je soussigné(e), (nom, prénom, n° de Sécurité sociale, code client), demeurant (adresse), déclare vouloir exercer mon droit de renonciation prévu à l'article L. 932-15 du Code de la Sécurité sociale. Je demande ainsi, l'annulation de ma souscription ainsi que celle de mes ayants droit au contrat Santé Évin Paysage à réception de la présente lettre. Je vous remercie de bien vouloir effectuer le remboursement des sommes éventuellement déjà versées. »

Pour une renonciation partielle :

« Je soussigné(e), (nom, prénom, n° de Sécurité sociale, code client), demeurant (adresse), déclare vouloir exercer mon droit de renonciation partielle prévu à l'article L. 932-15 du Code de la Sécurité sociale. Je demande ainsi, l'annulation de l'extension de garantie demandée au profit de (nom, prénom) dans le cadre du contrat Santé Évin Paysage à réception de la présente lettre. Je vous remercie de bien vouloir effectuer le remboursement des sommes éventuellement déjà versées. »

La renonciation ne peut être exercée qu'à la condition de n'avoir perçu aucun remboursement dans ledit délai.

La renonciation entraîne la restitution des sommes perçues par l'Institution au titre des cotisations, dans un délai maximal de 30 jours révolus à compter de la réception de la lettre recommandée signifiant la renonciation.

L'acceptation de la renonciation par l'Institution entraîne la nullité du contrat.

2.8.4 Résiliation

Résiliation annuelle du contrat

Vous avez la faculté de résilier votre contrat individuel complémentaire santé annuellement, 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 de votre contrat individuel complémentaire santé peut être effectuée selon les modalités prévues à l'article L 932-21-3 du Code de la Sécurité sociale telles que décrites ci-après.

Le cachet de la poste, la date d'expédition du recommandé électronique ou la date figurant sur le récépissé actant de la demande de dénonciation font foi du respect du préavis de deux mois.

Résiliation infra-annuelle du contrat

Outre cette faculté de résiliation annuelle, vous pouvez, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de signature du bulletin de souscription, résilier à tout moment votre contrat selon les modalités prévues à l'article L.932-21-3 du Code de la Sécurité sociale telles que décrites ci-après.

La résiliation du contrat prend alors effet un mois calendaire après que l'Institution ait reçu votre notification.

Modalités de résiliation annuelle ou infra-annuelle du contrat

Votre demande de résiliation peut être effectuée, à votre choix :

- par tout support durable. A cet effet, vous pouvez adresser une lettre, au délégataire de gestion le cas échéant, ou à l'Institution « au service résiliation situé au 21 rue de la Bienfaisance, 75382 Paris cedex 08 » ou compléter le formulaire dédié mis à disposition sur votre espace client privé et sécurisé sur le site internet www.groupagricar.com,
- ou par déclaration faite au siège social de l'Institution contre remise d'un récépissé,
- ou par acte extrajudiciaire,
- ou lorsque l'Institution propose la souscription du contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

L'Institution confirme par écrit la réception de votre demande de résiliation.

En tout état de cause, la résiliation du contrat individuel complémentaire santé, emporte automatiquement résiliation des éventuels ayants droit.

Résiliation annuelle de l'extension des garanties aux ayants droit

Vous avez la faculté de résilier l'extension des garanties à vos ayants droit au moins deux mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours pour que l'extension des garanties à vos ayants droit cesse de produire ses effets au 31 décembre de cette même année.

Vous pouvez résilier l'extension des garanties aux ayants droit selon les modalités prévues à l'article L 932-21-3 du Code de la Sécurité sociale telles que décrites ci-après.

Le cachet de la poste, la date d'expédition du recommandé électronique ou la date figurant sur le récépissé actant de la demande de dénonciation font foi du respect du préavis de deux mois.

Résiliation infra-annuelle de l'extension des garanties aux ayants droit

Outre cette faculté de résiliation annuelle, vous pouvez, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de signature du bulletin de souscription, résilier à tout moment l'extension des garanties à vos ayants droit selon les modalités prévues à l'article L 932-21-3 du Code de la Sécurité sociale telles que décrites ci-après.

La résiliation de l'extension des garanties à vos ayants droit prend alors effet un mois calendaire après que l'Institution ait reçu votre notification.

Résiliation en cas de changement de situation familiale

Vous pouvez résilier, en cours d'année, l'extension des garanties à vos ayants droit, selon les modalités prévues à l'article L.932-21-3 du Code de la Sécurité sociale telles que décrites ci-après, en cas de changement de situation familiale dans les 30 jours qui suivent l'événement.

La résiliation prend alors effet à compter du 1er jour du mois civil qui suit l'événement.

Modalités de dénonciation annuelle, infra-annuelle ou en cas de changement de situation familiale

Votre demande de résiliation peut être effectuée, à votre choix :

- par tout support durable. A cet effet, vous pouvez adresser une lettre au délégataire de gestion le cas échéant, ou à l'Institution « au service résiliation situé au 21 rue de la Bienfaisance, 75382 Paris cedex 08 » ou compléter le formulaire dédié mis à disposition sur son espace client privé et sécurisé sur le site internet www.groupagricar.com,
- ou par déclaration faite au siège social de l'Institution contre remise d'un récépissé,
- ou par acte extrajudiciaire,
- ou lorsque l'Institution propose la souscription de l'extension des garanties à vos ayants droit par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

L'Institution confirme par écrit la réception de votre demande de résiliation.



ARTICLE 2.9

Révision du contrat

Les dispositions du contrat Santé Évin Paysage sont établies en fonction des résultats techniques constatés, de l'évolution de la législation et de la réglementation de la Sécurité sociale, notamment sur les bases et les taux de remboursement des régimes sociaux obligatoires en vigueur à la date d'effet du contrat.

En cas de modification des situations visées ci-dessus, l'Institution se réserve le droit de modifier les cotisations et/ou les prestations du présent contrat au-delà de la troisième année de souscription.

Si vous souhaitez refuser ces modifications, vous pouvez demander la résiliation du contrat dans les 30 jours qui suivent la notification des nouvelles conditions. Votre demande devra être adressée à l'Institution par lettre recommandée avec accusé de réception.

La résiliation prendra effet le 1^{er} jour du mois civil suivant la date figurant sur l'accusé de réception. Vous restez couvert par le contrat jusqu'à cette date.

La part de cotisation afférente à la période de garantie ayant couru jusqu'à la date d'effet de la résiliation demeure exigible et est calculée sur la base du tarif en vigueur avant la modification.

À défaut de résiliation, les nouvelles conditions contractuelles prennent effet à compter de la date portée sur la notification.

TITRE 3

COTISATION



ARTICLE 3.1

Montant de la cotisation

La garantie frais de santé prévue au présent contrat vous est accordée moyennant le paiement d'une cotisation principale afférente à votre souscription, à laquelle s'ajoute une cotisation additionnelle par ayant droit en cas d'extension de garantie.

Cette cotisation est de type Adulte/Enfant : une cotisation par personne assurée, dont le montant varie selon qu'il s'agit d'un adulte ou d'un enfant.

Vous devez vous référer au barème de cotisations afin d'obtenir le montant de la cotisation globale dont vous êtes redevable.

En tout état de cause, le montant de la cotisation principale est fixée dans les conditions prévues par la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi ÉVIN » et ses décrets d'application. En l'état actuel de la réglementation, elle est plafonnée dans les conditions suivantes :

- 100 % du tarif des actifs la 1^{ère} année ;
- 125 % du tarif des actifs la seconde année ;
- 150 % du tarif des actifs la troisième année.

Au-delà de la troisième année, elle peut être révisée dans les conditions de l'article 2-9.

Le montant de cette cotisation est défini dans les limites prévues par la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Évin » et de ses décrets d'application. Les tarifs applicables aux anciens salariés ainsi qu'aux ayants droit d'un ancien salarié pourront être supérieurs aux tarifs globaux en vigueur pour les participants actifs dans les limites fixées par la réglementation.



ARTICLE 3.2

Modalités de paiement de la cotisation

La cotisation est due pour l'année de couverture. Toutefois, lorsque la souscription au présent contrat intervient en cours d'année, la cotisation due au titre de la première année est calculée à concurrence de la période restant à courir.

Pour le règlement de cette cotisation, vous pouvez choisir une périodicité mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle modifiable à tout moment, sur demande. Elle est payable par prélèvement automatique, à compter du 10 de chaque période.

En cas de cessation des garanties dans les conditions prévues à l'article 4-9, la cotisation afférente au mois au cours duquel est intervenu l'événement demeure acquise à l'Institution. L'Institution procédera au remboursement des cotisations payées au-delà du mois de l'événement, le cas échéant.



ARTICLE 3.3

Sanction en cas de non-paiement de la cotisation

À défaut de paiement de tout ou partie de la cotisation dans les 10 jours qui suivent l'échéance, l'Institution vous adresse par lettre recommandée avec accusé de réception une mise en demeure de procéder au paiement de la cotisation.

À défaut de paiement de la cotisation dans les 30 jours suivant cette mise en demeure, l'Institution pourra suspendre le contrat.

Le contrat sera résilié 40 jours après l'envoi de la mise en demeure si aucun paiement n'a été effectué durant cette période. Dans ce cas, les cotisations antérieurement versées demeurent intégralement acquises à l'Institution.

En cas de régularisation suite à la mise en demeure, après suspension du contrat et avant résiliation, les garanties du présent contrat reprennent effet le lendemain midi du jour du paiement.

Les frais de poursuite et de recouvrement sont à votre charge.



ARTICLE 3.4

Evolution de la cotisation

Sans préjuger des ajustements nécessaires à l'équilibre technique du présent contrat et à l'évolution de la législation en vigueur, les cotisations principale et additionnelles (hors taxes) peuvent être réévaluées au 1^{er} janvier de chaque année, à partir de la quatrième année de souscription du présent contrat. La réévaluation se fait en fonction de l'évolution de la moyenne des taux d'accroissement annuel de la consommation médicale totale, publiés dans le rapport annuel des comptes nationaux de la Santé. Cette moyenne est calculée sur la base des taux d'accroissement des trois dernières années recensées dans ce rapport.

TITRE 4

GARANTIE



ARTICLE 4.1

Bénéficiaire de la garantie

Les bénéficiaires de la garantie frais de santé sont :

- vous-même ;
- vos ayants droit tels que définis au Titre 6, pour lesquels vous avez demandé une extension de garantie. Ils doivent être déclarés auprès de la Caisse de Mutualité Sociale Agricole d'Alsace ou de la CCMO Mutuelle pour les DROM.



ARTICLE 4.2

Entrée en vigueur des garanties

La garantie entre en vigueur dès la prise d'effet de votre souscription conformément aux dispositions de l'article 2-8.

En cas de demande d'extension de garantie concomitante à votre souscription, cette extension prend effet à la même date.

En cas de demande d'extension de garantie postérieure à votre souscription, la garantie entre en vigueur à la date d'effet de la demande d'extension, qui est le premier jour du mois civil qui suit la réception de votre demande par l'Institution.



ARTICLE 4.3

Montant des remboursements

Les montants des remboursements garantis par le contrat sont ceux indiqués aux tableaux du Titre 8.

Le présent contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits « responsables », institué par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la

réglementation et de ses évolutions futures. En cas de modifications législatives et/ou réglementaires, les garanties seront automatiquement révisées dans les conditions et délais fixés par les textes.

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

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

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

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 et 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 4.4

Règlement des prestations

Vos remboursements complémentaires de frais de santé sont réglés directement par la Caisse de Mutualité Sociale Agricole dont vous relevez ou par la CCMO Mutuelle pour les DROM.

Tiers payant

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

L'utilisation du tiers payant auprès d'un professionnel de santé est conditionnée à l'acceptation de ce dernier.

Pour justifier du tiers payant, la Caisse de Mutualité Sociale Agricole dont vous relevez ou la CCMO Mutuelle vous délivre une carte complémentaire (sous forme papier) qui devra lui être restituée lorsque vous cessez de bénéficier dudit contrat.

ARTICLE 4.5

Contrôle

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

Si, intentionnellement, vous fournissez de faux renseignements ou usez de documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement, vous perdez tout droit à la garantie 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 ou la Caisse de Mutualité Sociale Agricole dont vous relevez ou CCMO se réservent le droit de récupérer toutes prestations qui vous auront été indûment réglées.

ARTICLE 4.6

Recours contre tiers responsable

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'Institution est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions du participant, du bénéficiaire ou de leurs ayants droit, contre les tiers responsables, conformément à l'article L. 931-11 du Code de la Sécurité sociale.

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

ARTICLE 4.7

Etendue territoriale des garanties

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

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

ARTICLE 4.8

Limites et exclusions de garanties

De manière générale, ne sont pas pris en charge :

- les frais engagés au titre d'actes exécutés avant la date d'entrée en vigueur de la garantie frais de santé ou après la cessation de cette garantie ;
- les frais résultant d'actes qui, bien qu'inscrits à la nomenclature des actes professionnels, ne sont pas pris en charge par le régime de base, sauf exceptions prévues aux tableaux de garanties figurant au Titre 8 des présentes Conditions générales ;
- les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article 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.

Le 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.

ARTICLE 4.9

Cessation de la garantie

Outre le cas prévu aux articles « Renonciation » et « Résiliation » des présentes Conditions Générales, les garanties cessent :

- en cas de non-paiement des cotisations, conformément aux dispositions prévues à l'article « Sanction en cas de non-paiement de la cotisation » des présentes Conditions Générales ;
- à la fin du mois au cours duquel intervient votre décès.

Les garanties accordées aux ayants droit du souscripteur cessent, de plein droit et sans aucune formalité :

- à la fin du mois au cours duquel vous cessez d'être couvert ;
- à la fin du mois au cours duquel la résiliation de l'extension de la garantie intervient ;
- dès la perte de la qualité d'ayant droit tel que défini au Titre 6 des présentes Conditions Générales (décès, divorce, séparation de corps, dissolution du PACS, rupture des relations de concubinage, perte de la qualité d'enfant à charge).

TITRE 5

DISPOSITIONS DIVERSES



ARTICLE 5.1

Prescription

Conformément à l'article L.932-13 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 deux ans en ce qui concerne l'appel de cotisations ;
- par deux ans en ce qui concerne la garantie frais de santé.

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 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 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 5.2

Fausse déclaration

Vos déclarations servent de base à la garantie.

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 la nullité de l'assurance le cas échéant ou la réduction des prestations.

Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

ARTICLE 5.3

Protection des données à caractère personnel

Un traitement de vos 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 de vos données est soit, l'exécution du contrat auquel vous êtes partie soit l'exécution de mesures précontractuelles prises à votre demande soit, le respect d'une obligation conventionnelle ou réglementaire.

Sont traitées les catégories de données suivantes :

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

Ces données sont traitées pour les finalités suivantes :

- la gestion 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 votre espace privé du site internet.

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

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

Les destinataires 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.

Vos 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.

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

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

Vous pouvez exercer 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 5.4

Réclamations – Médiation

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

- soit par courrier au siège de l'Institution, service Réclamations – 21, rue de la Bienfaisance 75382 PARIS Cedex 08,
- soit par courriel sur le site internet du Groupe AGRICA (www.groupagricar.com) en cliquant sur la rubrique « Contactez-nous » puis, en sélectionnant le motif « Réclamation » dans la partie « Sujet de votre demande ».

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

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

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

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

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



ARTICLE 5.5

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 votre identification ou à l'origine des fonds qui lui sont versés.

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

TITRE 6

DÉFINITIONS DES AYANTS DROIT ET JUSTIFICATIFS À FOURNIR SELON LA SITUATION

Pour le bénéfice des garanties, les ayants droit sont définis comme suit. Veuillez à fournir, dès la réception du certificat de Souscription, les pièces justificatives ci-dessous à la CPCEA ou à la CCMO Mutuelle pour les DROM pour le rattachement de vos ayants droit.

Conjoint		
	Par conjoint, il faut entendre la personne mariée au souscripteur et non séparée de droit.	Justificatif : photocopie du livret de famille.
Cocontractant d'un PACS		
	Par cocontractant d'un PACS, il faut entendre la personne ayant conclu un pacte civil de solidarité (PACS) avec le souscripteur.	Justificatif : photocopie du pacte civil de solidarité.
Concubin		
	Par concubin, il faut entendre la personne vivant en concubinage, selon les dispositions de l'article 515-8 du Code civil, avec le souscripteur depuis au moins deux ans, sous réserve que le souscripteur soit libre au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de PACS. Toutefois, la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'au moins un enfant est né de l'union ou adopté.	Justificatif : • si pas d'enfant , toute preuve de plus de deux ans de vie commune ; • si enfant en commun , un extrait de l'acte de naissance de l'enfant.
Enfant à charge		
	Par enfants à charge, il faut entendre :	
	• les enfants du souscripteur, nés ou à naître, dont la filiation est légalement établie, y compris adoptive ;	Justificatif : photocopie du livret de famille.
	• les enfants qu'il a recueillis et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue ;	Justificatif : photocopie de l'acte de tutelle.
	• les enfants du conjoint, du cocontractant d'un PACS ou du concubin dont la filiation est légalement établie, sous réserve d'être à la charge effective du participant, c'est-à-dire si celui-ci subvient à leurs besoins et assure leur éducation et, pour les garanties prévoyance, à condition également qu'ils ne donnent pas lieu au versement d'une pension alimentaire par leur autre parent.	Justificatif : photocopie de l'attestation accompagnant la carte vitale.
	Ils devront remplir certaines conditions :	
	• être âgés de moins de 20 ans et, s'ils travaillent, que leur rémunération n'excède pas 55 % du SMIC ;	Justificatif : photocopie du dernier bulletin de salaire ou attestation de salaire de l'employeur.
	• 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 ;	Justificatif : photocopie • d'un certificat de scolarité ; • ou du contrat d'apprentissage ; • ou une attestation d'inscription et de non-indemnisation par France Travail.
	• quel que soit leur âge, lorsqu'ils sont invalides au sens de la législation sociale, si l'état d'invalidité a été constaté avant leur 21 ^e anniversaire.	Justificatif : photocopie de la carte d'invalidité et, s'il a plus de 21 ans, tout justificatif prouvant l'invalidité avant le 21 ^e anniversaire de l'enfant.

TITRE 7

PIÈCES À FOURNIR POUR LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour obtenir le remboursement des frais de santé, le souscripteur doit transmettre à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole dont il relève (hormis le cas de la télétransmission par le professionnel de santé) ou à la CCMO Mutuelle pour les DROM :

7.1 Salariés de métropole

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

Pour les salariés et leurs ayants droit relevant de la MSA

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

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

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

- la feuille de maladie, complétée et signée ;
- l'ordonnance médicale délivrée par le praticien ;
- les factures justifiant du montant des frais réels.

Pour les ayants droit ne relevant pas de la MSA

■ Lors du 1^{er} envoi :

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

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

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

Autres documents

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

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

7.2 Salariés des DROM

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

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

Autres documents

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

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

TITRE 8

TABLEAUX DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

TABLEAUX DES GARANTIES FRAIS DE SANTE (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'optique 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 Mon Soutien Psy) 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 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)	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			
Equipe ment : 2 verres + monture		1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽¹⁰⁾	
• Equipements 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 ^(m)	60 % BR	Frais réels – RO	Frais réels
• Supplément pour verre avec filtre ^(m)	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 ^(m)	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) ^(m)	60 % BR	100 % FR – RO	100 % FR
• Prothèses (hors 100% Santé) :			
- prothèses à honoraires maîtrisés ^(m)	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) ^(m)	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 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.160-13-1 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) $\leq$ 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 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
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	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 9

RÉSEAU 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 CarteBlanche :

- 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 10

GARANTIE ASSISTANCE



ARTICLE 10.1

PRESTATIONS DE LA GARANTIE ASSISTANCE

Le tableau des prestations de la garantie Assistance figure à la page suivante.

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



ARTICLE 10.2

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 6.

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.

Pour l'assistance aux personnes en déplacement :

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

Hospitalisation

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

Immobilisation d'un bénéficiaire au domicile

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

Atteinte corporelle grave

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

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

L'intoxication alimentaire est assimilée à un accident.

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

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

Blessure

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

Proche

Toute personne physique désignée par le bénéficiaire domiciliée :

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

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

L'assistance aux personnes en déplacement

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

Déplacements garantis

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

Franchise

100 km du domicile.

Bagages

Les effets courants de voyage (maximum 20 kg).

La garantie organise

La garantie accomplit les démarches nécessaires pour accomplir la prestation.

La garantie prend en charge

La garantie finance le coût de la prestation.

5. Étendue territoriale de la garantie

Pour l'assistance Santé :

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

Pour l'assistance aux personnes en déplacement :

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

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

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

6. Modalités de mise en œuvre de la garantie

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

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

Déclenchement de la garantie

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

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

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

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

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

Éléments à communiquer

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

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

Remboursement des frais engagés

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

MUTUAIDE Service Gestion des Sinistres

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

Contrôle

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

7. Limites de responsabilité

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

8. Limites et exclusions de la garantie

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

- les prestations qui n'ont pas été organisées par les soins de MUTUAIDE ou avec son accord ;
- la prise en charge des conséquences résultant d'actes intentionnels ou dolosifs du bénéficiaire ;
- les prestations servant à couvrir les conséquences d'infractions à la législation française ou étrangère ;
- les conséquences de l'exposition à des agents biologiques infectants, à des agents chimiques type gaz de combat, à des agents incapacitants, neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où vous séjournez et/ou nationale de votre pays de domicile ;
- les conséquences d'actes dolosifs, de suicide ou de tentative de suicide ; les conséquences de toute mutilation volontaire du bénéficiaire ;
- les dommages provoqués intentionnellement par le bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou à une rixe, sauf en cas de légitime défense ;
- l'usage de stupéfiants ou drogues non prescrits médicalement et ses conséquences ;
- l'état d'imprégnation alcoolique et ses conséquences ;
- la pratique, à titre professionnel, de tout sport ;
- la participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre ou aérien ;
- les conséquences des événements survenus au cours d'épreuves, courses et compétitions motorisées (et leurs essais) soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque le bénéficiaire y participe en tant que concurrent ;
- les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- l'inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
- les interdictions officielles, les saisies ou contraintes par la force publique ;
- l'absence d'aléa ;
- l'utilisation par le bénéficiaire d'appareils de navigation aérienne ;
- l'utilisation d'engins de guerre, explosifs et armes à feu ;
- les dommages résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire conformément à l'article L. 113-1 du Code des Assurances ;
- les frais non justifiés par des documents originaux.

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

Exclusions de l'Assistance en déplacement :

- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical ou d'intervention de chirurgie esthétique ;
- les événements survenus après le 90e 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 thermique, traitement esthétique, vaccination et les frais en découlant.

Article 2 – DESCRIPTIF DES GARANTIES ASSISTANCE

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

1. Informations et services santé

Informations pratiques et juridiques :

MUTUAIDE met à la disposition du bénéficiaire, un service de renseignements et d'informations fonctionnant sans interruption 24 h/24 et 7 j/7. Les prestations sont fournies les jours ouvrables, entre 9 h 00 et 21 h 00, dans les délais normalement nécessaires à la satisfaction de la demande.

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

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

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

- renseignements généraux ;
- adresses et coordonnées de professionnels de santé (médecins, dentistes, infirmiers, ambulanciers, kinésithérapeutes, pharmacies de garde, laboratoires...) ;
- vaccinations ;
- hygiène – prévention ;
- diététique ;
- associations spécialisées ;
- magasins de matériel médical ;
- centres de cure, centres hospitaliers, centres de soins, de convalescence ;
- établissements spécialisés ;
- précautions à prendre en cas de voyage selon les pays visités.

Recherche et envoi d'un professionnel de santé

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

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

Réservation d'un lit en milieu hospitalier

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

Mise en relation avec un médecin

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

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

Soutien psychologique

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

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

2. Assistance de l'enfant malade

Garde des enfants

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

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

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

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

Accompagnement administratif et social

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

Garde des enfants de moins de 16 ans

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

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

Garde des ascendants

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

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

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

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

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

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

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

Aide-ménagère

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

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

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

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

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

Recherche et livraison de repas

Le bénéficiaire immobilisé au domicile est dans l'impossibilité de préparer les repas ou d'effectuer les courses. MUTUAIDE organise et prend en charge, dans la limite des contraintes locales, la livraison des repas à son domicile (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 DOM, 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.

TITRE 11

GLOSSAIRE

100% SANTE

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

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

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

AIDES AUDITIVES

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

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

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

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

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

Synonymes : audioprothèses, prothèses auditives, appareils auditifs

BASE DE REMBOURSEMENT

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

On distingue :

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

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

CONTRAT RESPONSABLE

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

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

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

CONTRAT SOLIDAIRE

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

CONVENTIONNE/NON CONVENTIONNE

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

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

CURE THERMALE

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).

FORFAIT ACTES LOURDS

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

- sur les actes pratiqués en ville, dans un centre de santé, ou en établissement de santé dans le cadre de consultations externes, dont le tarif est supérieur ou égal à un montant fixé par l'Etat 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 dépassement d'honoraires pratiqués à ce titre par certains professionnels de santé et/ou majorations de ticket modérateur appliquées à titre de sanction par le régime de base obligatoire et que la législation sur les complémentaires santé « responsables » lui interdit de prendre en charge.

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

HONORAIRE LIMITE DE FACTURATION

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

HONORAIRES PARAMEDICAUX

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

HOSPITALISATION

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

MATERIEL MEDICAL

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

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

MATERNITE

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

OPTAM/OPTAM-ACO (OPTIONS PRATIQUES TARIFAIRES MAÎTRISÉES)

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

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

OPTIQUE

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

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

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

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

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

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

PLAFOND MENSUEL DE LA SECURITE SOCIALE (PMSS)

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

PRIX LIMITE DE VENTE

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

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

PROTHESE 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 % SANTÉ, 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 ».

OPTIQUE

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

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

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

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

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

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

PLAFOND MENSUEL DE LA SECURITE SOCIALE (PMSS)

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

PRIX LIMITE DE VENTE

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

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

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

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

<http://www.unocam.fr>



**AGRICA
PRÉVOYANCE**

Proches par nature, engagés à vos côtés

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