SANTE

SALARIÉS

NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF SANTÉ SUR-COMPLÉMENTAIRE ESSENTIEL PAYSAGE

AGRICA PRÉVOYANCE

Proches par nature, engagés à vos côtés

SOMMAIRE

TITRE 1 PRÉAMBULE 5

TITRE 2 DISPOSITIONS GÉNÉRALES 7

ARTICLE 2.1 Objet du contrat 7
ARTICLE 2.2 Organismes assureurs 7
ARTICLE 2.3 Délégation de gestion 7
ARTICLE 2.4 Réseau de soins 7
ARTICLE 2.5 Prescription 8
ARTICLE 2.6 Recours contre tiers responsable 8
ARTICLE 2.7 Protection des données à caractère personnel 8
ARTICLE 2.8 Réclamation - Médiation 9
ARTICLE 2.9 Fausse déclaration 9
ARTICLE 2.10 Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme 9

TITRE 3 CONDITIONS D'EXÉCUTION DU CONTRAT 10

ARTICLE 3.1 Durée du contrat 10
ARTICLE 3.2 Groupe assuré 10
ARTICLE 3.3 Niveaux de couverture 10
ARTICLE 3.4 Affiliation et prise d'effet des garanties 11
ARTICLE 3.5 Cessation de l'affiliation 12
ARTICLE 3.6 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail 12
ARTICLE 3.7 Vos obligations 12

ARTICLE 3.8 Obligations de votre employeur 13
ARTICLE 3.9 Restitution de l'indû 13
ARTICLE 3.10 Cotisations 13

TITRE 4 VOS GARANTIES 14

ARTICLE 4.1 Bénéficiaires 14
ARTICLE 4.2 Entrée en vigueur des garanties 14
ARTICLE 4.3 Dispenses d'affiliation 14
ARTICLE 4.4 Montant des garanties 15
ARTICLE 4.5 Modification des remboursements du régime de base et des garanties du socle conventionnel 15
ARTICLE 4.6 Règlement des prestations 16
ARTICLE 4.7 Limites et exclusions des garanties 16
ARTICLE 4.8 Etendue territoriale des garanties frais de santé 16
ARTICLE 4.9 Contrôle des prestations 16
ARTICLE 4.10 Cessation des garanties 16

TITRE 5 PORTABILITÉ DES DROITS 17

ARTICLE 5.1 Bénéficiaire 17
ARTICLE 5.2 Ouverture et durée des droits à portabilité 17
ARTICLE 5.3 Obligation de votre entreprise 17
ARTICLE 5.4 Vos obligations 17
ARTICLE 5.5 Prestations 18
ARTICLE 5.6 Cessation de la portabilité 18

TITRE 6 MAINTIEN SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL 19

TITRE 7 DEFINITIONS 20

TITRE 8 TABLEAU DES GARANTIES 24

TITRE 9 GARANTIE ASSISTANCE D'AGRICA 28

TITRE 10 RÉSEAU DE SOINS 29

PRÉAMBULE

Votre employeur a adhéré à un contrat collectif sur-complémentaire assuré par AGRI PRÉVOYANCE, 21 rue de la Bienfaisance - 75382 PARIS Cedex 08, pour améliorer votre couverture Santé conventionnelle obligatoire prévue par la Convention Collective Nationale du Paysage dont relève l'entreprise qui vous emploie.

L'affiliation à ce contrat revêt un caractère obligatoire pour l'ensemble des salariés bénéficiaires de la couverture Santé conventionnelle constituant le groupe assuré tel que mentionné au certificat d'adhésion valant Conditions particulières du contrat.

La présente Notice d'information, remise par votre employeur, constitue un descriptif des garanties dont vous bénéficiez au titre de ce contrat et de leurs modalités d'application.

Si vous souhaitez des précisions sur vos garanties, nous vous invitons à vous rapprocher de votre service du personnel.

IMPORTANT

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

ATTESTATION DE RÉCEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION

Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénom : .....

reconnais avoir reçu la Notice d'information du contrat : .....

.....

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

RÉSERVÉ AU SALARIÉ

À.....

Le .....

Signature

TITRE 2

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 2.1
Objet du contrat

Le contrat sur-complémentaire a pour objet de garantir le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées, sous déduction des prestations versées par le Régime Social de Base ainsi que du socle conventionnel obligatoire **dans la limite des frais réellement engagés**.

Le contrat sur-complémentaire prévoit également des prestations d'assistance à destination des assurés.

Les assurés bénéficient en plus des services d' assistance, du réseau de soins Carte Blanche décrit au Titre 9 de la présente Notice d'information.

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

ARTICLE 2.2
Organismes assureurs

Les garanties du contrat sont assurées par :

- **AGRI PREVOYANCE, sise 21 rue de la Bienfaisance - 75382 Paris Cedex 08, Institution de prévoyance, régie par le Code rural et de la pêche maritime, dénommée ci-après « l'Institution »,**

La garantie assistance est assurée par :

- Mutuaide Assistance, 8-14 Avenue des Frères Lumière, 94368 Bry sur Marne CEDEX

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

AGRI PREVOYANCE peut être désignée dans la documentation contractuelle et les documents de nature publicitaire ou commerciale sous le label AGRICA PREVOYANCE.

ARTICLE 2.3
Délégation de gestion

La gestion :

- des affiliations
- de l'appel des cotisations,
- du paiement des prestations frais de santé.

afférente au présent contrat est déléguée à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole (CMSA) dont vous relevez.

ARTICLE 2.4
Réseau de soins

Vous bénéficiez ainsi que vos ayants droit le cas échéant, en matière d'optique des services du réseau de soins mis en oeuvre par **Carte Blanche Partenaire**, 26 rue laffitte, 75009 Paris dont les prestations sont présentées au Titre 9 de la présente Notice d'information.

ARTICLE 2.5
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 les prestations de la couverture 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 de l'entreprise, du salarié, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'entreprise adhérente, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

En application de l'article L.932-13-3 du Code de la Sécurité sociale, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci. Elles sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil.

Il s'agit notamment de :

- **la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du Code civil) ;**
- **une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;**
- **un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).**
- **La prescription est également interrompue par :**
  - **la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestation ;**
  - **l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception, adressé par l'Institution à l'entreprise adhérente, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant à l'Institution en ce qui concerne le règlement de la prestation.**

ARTICLE 2.6
Recours contre tiers responsable

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, AGRI PREVOYANCE 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 le nom de AGRI PREVOYANCE et/ou le nom du délégataire de gestion, le cas échéant, en tant que tiers payeurs.

ARTICLE 2.7
Protection des données à caractère personnel

Un traitement de vos données à caractère personnel sera mis en oeuvre 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 oeuvre du présent contrat. Le fondement légal justifiant le traitement des données est soit, l'intérêt légitime de l'Institution, soit le respect d'une obligation conventionnelle ou réglementaire.

Sont traitées les catégories de données suivantes :

- les 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 de la relation contractuelle et commercial avec l'entreprise ;
- la gestion administrative et financière du présent contrat ;
- l'appel des cotisations et le paiement des prestations ;
- la prospection commerciale en vue de la souscription de contrats individuels d'assurance de personnes, améliorant ou complétant les garanties du présent contrat ;
- l'élaboration de statistiques, d'indicateurs de gestion et de qualité ;
- la gestion des éventuelles procédures de médiation ou des procédures précontentieuses et contentieuses ;

- la lutte contre la corruption, le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
- la lutte contre la déshérence ;
- la gestion de votre espace privé du site internet.

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.

Vos données ne font pas l'objet d'un transfert vers des pays tiers n'appartenant pas à l'Union Européenne. Si toutefois, elles devaient faire l'objet d'un tel transfert, l'Institution s'engage à l'effectuer en conformité avec la réglementation européenne et nationale relative à la protection des données à caractère personnel.

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 oeuvre.

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

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

Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant au Délégué à la Protection des données par courrier électronique à l'adresse : dpo.blf@goupagrica.com ou par courrier postal à l'adresse : Groupe AGRICA, Direction déléguée Maîtrise des Risques, 21 rue de la Bienfaisance, 75382 PARIS cedex 08.

ARTICLE 2.8
Réclamation - 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 AGRI PREVOYANCE, service Réclamations, 21, rue de la Bienfaisance 75 382 PARIS Cedex 08 ;
- soit par courriel sur le site Internet du Groupe AGRICA (www.groupagrica.com) en cliquant sur la rubrique « Une question, contactez-nous » puis, en précisant le sujet de votre demande « Faire une réclamation ».

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

- votre code client ;
- le domaine concerné (santé).

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

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

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

ARTICLE 2.9
Fausse déclaration

Les déclarations faites tant par votre employeur que par vous-même servent de base aux garanties.

AGRI PREVOYANCE ou le délégataire de gestion, le cas échéant, peut opérer une vérification des données ainsi communiquées.

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

Les cotisations payées demeurent acquises à AGRI PREVOYANCE.

ARTICLE 2.10
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 ou pertinents, conformément à l'article R 561-11 du Code monétaire et financier.

TITRE 3

CONDITIONS D'EXÉCUTION DU CONTRAT

ARTICLE 3.1
Durée du contrat

Le contrat sur-complémentaire expire le 31 décembre de son année de souscription et se renouvelle, ensuite, annuellement par tacite reconduction.

En cas de résiliation du contrat par votre employeur, vous avez la possibilité de demander à continuer à bénéficier de la garantie sous forme de contrat individuel, dans les conditions prévues à l'article « Maintien des garanties sous forme de contrat individuel ».

ARTICLE 3.2
Groupe assuré

Vous appartenez au groupe assuré en tant que salarié non cadres bénéficiaire de la couverture du socle conventionnel obligatoire souscrite par votre employeur. Dès l'entrée dans le groupe assuré, vous êtes dénommé ci-après « Participant ».

ARTICLE 3.3
Niveaux de couverture

3.3.1 Couverture obligatoire pour l'ensemble des salariés appartenant au groupe assuré

Option 1 Essentiel Plus, Option 2 Essentiel Confort

Votre entreprise choisit lors de la souscription au présent contrat sur-complémentaire le niveau de couverture dont il souhaite vous faire bénéficier obligatoirement parmi les niveaux suivants:

- l'option 1 **Essentiel Plus**, premier niveau de couverture, pouvant être renforcé par,
- l'option 2 **Essentiel Confort,** second niveau de couverture.

Le choix de votre employeur figure au Certificat d'adhésion valant Conditions particulières du contrat qui lui a été remis par AGRI PRÉVOYANCE lors de la souscription.

3.3.2 Couverture facultative au choix de chaque salarié

Option confort facultatif

Le contrat sur-complémentaire, souscrit par votre entreprise, vous donne la possibilité de vous affilier directement à l'option 2, **Essentiel Confort** lorsque cette option n'a pas été souscrite, à titre obligatoire, par votre employeur. Elle est alors nommée « **Confort facultatif** ».

Vous pouvez ainsi améliorer le niveau de couverture obligatoire choisi par votre employeur en décidant de vous affilier personnellement à l'option **Confort facultatif**.

Cette option Confort facultatif est composée de **deux modules** :

- **module « Optique / Dentaire »** : exclusivement l'équipement optique et dentaire.

et/ou

- **module « Soins » :** toute prestation sauf l'équipement optique et dentaire,

Vous pouvez souscrire à ces modules indépendamment l'un de l'autre ou conjointement.

Votre choix vaut pour une durée minimale de **2 ans**, sauf en cas de survenance d'un évènement modifiant votre situation familiale (mariage, naissance ...) ou la situation professionnelle de votre conjoint (embauche, licenciement...).

Vous pouvez également étendre la couverture de l'Option Confort facultatif à un ou plusieurs de vos ayants droit, vous bénéficierez ainsi du même niveau de couverture.

ARTICLE 3.4
Affiliation et prise d'effet des garanties

Votre affiliation et celle de vos ayants droit le cas échéant, s'effectue sans questionnaire et sans examen médical préalable.

3.4.1 Garanties obligatoires

(Option 1 Essentiel Plus, Option 2 Essentiel Confort)

Affiliation des participants

Vous devez être obligatoirement affilié au contrat.

Votre affiliation prend effet:

- à la **date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise** lorsque vous faites partie du groupe assuré.
- à compter de votre **date d'entrée dans le groupe assuré** si vous êtes engagé ou promu postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise.

Affiliation des ayants droit

L'ensemble de vos ayants droit tel que défini dans la présente Notice d'information et bénéficiant de la garantie du socle conventionnel obligatoire est obligatoirement affilié au présent contrat. L'affiliation de vos ayants droit prend effet:

- à la **date de prise d'effet de votre affiliation,**
- à la **date de changement de votre situation familiale** engendrant une modification de votre structure familiale (mariage, concubinage,pacs, naissance ou adoption d'un enfant) dûment déclaré à l'Institution.

L'affiliation de vos ayants droit s'effectue au moyen du bulletin d'affiliation envoyé à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole.

En cas de survenance d'un des événements cités ci-dessus, le bulletin d'affiliation doit être envoyé à la Mutualité Sociale Agricole dans un délai de **3 mois**.

3.4.2 Garanties facultatives

(Option confort facultatif)

Affiliation des participants

Votre employeur n'a pas souscrit à titre obligatoire l'option 2, Essentiel Confort, vous avez souhaitez vous affilier à cette option alors nommée Option Confort facultatif.

Les garanties de cette option entrent en vigueur:

- soit à la **date de prise d'effet de votre affiliation au présent contrat** si la demande se fait simultanément;
- soit à une date ultérieure, le **1er jour du mois civil suivant la réception de votre demande**;

Votre affiliation à la garantie optionnelle Confort facultatif s'effectue au moyen du bulletin d'affiliation mentionnant le(s) modules choisi(s) et adressé à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole dont vous dépendez.

Affiliation des ayants droit

Vous avez choisi d'étendre votre couverture optionnelle à un ou plusieurs de vos ayants droit. les garanties de cette option entrent en vigueur:

- soit **simultanément à votre affiliation** à cette option;
- soit postérieurement à votre affiliation, **à tout moment** et notamment en cas de changement dans votre situation familiale. Dans ce cas, les garanties prennent effet le **1er jour du mois civil qui suit la réception de votre demande d'affiliation**.

L'affiliation de vos ayants droit à la garantie optionnelle Confort facultatif s'effectue au moyen du bulletin d'affiliation adressé à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole dont vous dépendez.

Vous et vos ayants droit bénéficiez ainsi du même niveau de couverture.

Changement de niveau de couverture de l'Option confort facultatif

Vous souhaitez modifier votre niveau de couverture à l'Option confort facultatif (changement de module ou ajout d'un module), vous pouvez en faire la demande à tout moment. Cette modification prend effet au **1er jour du mois qui suit la réception du dossier complet**.

Votre demande doit être effectuée au moyen du bulletin de modification adressé à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole dont vous dépendez.

En cas de changement de niveau de couverture, les nouvelles garanties s'appliquent à vous et vos ayants droits.

Dénonciation de l'Option confort facultatif

Dénonciation de l'affiliation du participant ou de ses ayants droit

Vous avez la faculté de dénoncer votre affiliation ou celle de vos ayants droit à l'Option Confort facultatif:

- annuellement, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole dont vous dépendez, délégataire d'AGRI PRÉVOYANCE, **au plus tard le 31 octobre de l'année en cours**. La dénonciation prend alors effet à compter du 1er janvier de l'année suivante,

- en cours d'année, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole dont vous dépendez, délégataire d'AGRI PRÉVOYANCE, dans les **trente jours qui suivent l'évènement en cas de changement dans votre situation familiale ou de modification de la situation professionnelle de votre conjoint**. La dénonciation prend alors effet à compter du 1er jour du mois qui suit celui au cours duquel vous avez fait votre demande.

La dénonciation de votre propre affiliation emporte automatiquement la perte du bénéfice de l'Option Confort facultatif pour l'ensemble de vos ayants droit.

En cas de dénonciation de l'option Confort facultatif, toute nouvelle demande d'affiliation à cette option, dans sa totalité ou partiellement, ne peut intervenir au plus tôt qu'à l'expiration d'un **délai de 2 ans**.

Il ne sera dérogé à cette durée minimale qu'en cas de changement de situation familiale ou de modification de situation professionnelle.

ARTICLE 3.5
Cessation de l'affiliation

Cessation de l'affiliation du participant

Votre affiliation au présent contrat cesse à la fin du mois au cours duquel survient:

- votre sortie du groupe assuré tel que défini à l'article « Groupe assuré » de la présent Notice d'information,
- la rupture de votre contrat de travail, quel qu'en soit le motif

Cessation de l'affiliation des ayants droit

L'affiliation de vos ayants droit cesse:

- au moment de la cessation de votre affiliation
- lorsqu'il perdent la qualité d'ayant droit tel que défini dans la présente Notice d'information.

La cessation de votre affiliation à la garantie obligatoire (Option 1 Essentiel plus, Option 2 Essentiel Confort) entraîne la cessation de votre affiliation et le cas échéant celle de vos ayants droit à la garantie Option confort facultatif.

ARTICLE 3.6
Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

La garantie est suspendue de plein droit lorsque vous êtes dans l'un des cas de suspension du contrat de travail prévus au contrat santé socle conventionnel obligatoire.

La suspension de la garantie intervient pour tout mois civil entier sans rémunération. Elle s'achève dès votre reprise effective de travail au sein de l'effectif assuré.

Un maintien de la garantie santé à titre onéreux peut vous être proposé si votre contrat de travail suspendu, sur demande expresse de votre employeur ou par vous auprès de l'Institution.

Votre employeur doit pour cela informer l'Institution en communiquant vos nom, prénom, n° de Sécurité sociale, la date et le motif de la suspension de votre contrat de travail.

Dès réception de ces informations, l'Institution vous informe de la possibilité de maintenir votre couverture frais de santé.

Si vous ne demandez pas le maintien de votre couverture, la garantie cesse le dernier jour du mois civil pour lequel les cotisations ont été versées par votre employeur.

A défaut d'information de l'institution par votre employeur concernant votre suspension de contrat de travail, le versement des prestations frais de santé durant cette période impliquera le paiement intégral des cotisations correspondantes par votre employeur.

ARTICLE 3.7
Vos obligations

3.7.1 Garanties obligatoires

(Option 1 Essentiel Plus, Option 2 Essentiel Confort)

Vous vous obligez:

- à accepter le précompte des cotisations ;
- à fournir à l'Institution ou au délégataire de gestion, le cas échéant, les renseignements nécessaires à l'établissement de vos droits et obligations, soit par l'intermédiaire de votre employeur, soit directement en cas de maintien des garanties sous forme de contrat individuel dans les conditions prévues à l'article « Maintien sous forme de contrat individuel » ci-après ;
- le cas échéant, à transmettre à votre employeur, ou à l'Institution ou au délégataire de gestion, le bulletin d'affiliation dûment complété et signé, accompagné des pièces justificatives.

3.7.2 Garanties facultatives

(Option confort facultatif)

Vous vous obligez:

- à retourner à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole dont vous dépendez, délégataire de l'Institution, le bulletin d'affiliation dûment rempli.
- à fournir à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole dont vous dépendez, délégataire de l'Institution, un RIB accompagné d'une autorisation de prélèvement automatique,
- à fournir à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole dont vous dépendez, délégataire de l'Institution, les renseignements nécessaires à l'établissement de vos droits et obligations, notamment toute modification intervenant dans votre situation de famille.

ARTICLE 3.8
Obligations de votre employeur

Votre employeur doit vous remettre la présente notice d'information établie par l'Institution, décrivant la garantie. Il doit également vous informer de toute évolution de celle-ci.

Par ailleurs, votre employeur s'oblige vis-à-vis de l'Institution :

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

ARTICLE 3.9
Restitution de l'indû

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

ARTICLE 3.10
Cotisations

3.10.1 Couverture obligatoire pour l'ensemble des salariés appartenant au groupe assuré

(Option 1 Essentiel plus, Option 2 Essentiel Confort)

Les cotisations dues au titre de votre couverture obligatoire sont de type « **Uniforme** ».

Cela signifie que la cotisation réclamée, au titre de chaque salarié appartenant au groupe assuré, sert à couvrir le salarié lui-même et, le cas échéant l'ensemble de ses ayants droit.

Leurs montants peuvent être révisés en fonction des résultats du contrat sur-complémentaire constatés annuellement par AGRI PRÉVOYANCE.

Le paiement à la Mutualité Sociale Agricole, pour le compte d'AGRI PRÉVOYANCE, des cotisations dues au titre de votre couverture obligatoire est de **la seule responsabilité de votre employeur.**

3.10.2 Couverture facultative au choix de chaque salarié

(Option confort facultatif)

Les cotisations dues au titre de l'option **Confort Confort facultatif** sont de type **adulte/enfant**.

Cela signifie qu'une cotisation individuelle est due pour chaque personne assurée :

- une cotisation pour vous-même,
- et une cotisation pour chaque membre de votre famille que vous souhaitez couvrir. Le montant de cette cotisation individuelle varie selon que la personne assurée est un adulte ou un enfant.

Leurs montants peuvent être révisés en fonction des résultats du contrat sur-complémentaire constatés annuellement par AGRI PRÉVOYANCE.

Le paiement à la Mutualité Sociale Agricole, pour le compte d'AGRI PRÉVOYANCE, des cotisations dues au titre de cette couverture facultative est de **votre seule responsabilité**. Il s'effectue mensuellement, à terme échu, par prélèvement automatique.

3.10.3 Défaut de paiement des cotisations

Garanties obligatoires (Option 1 Essentiel Plus, Option 2 Essentiel Confort)

A défaut de paiement des cotisations dans les délais, la Mutualité Sociale Agricole adresse à l'entreprise adhérente une relance suivie d'une mise en demeure, par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de mise en demeure restée sans effet, la Mutualité Sociale Agricole pourra, passé un délai de 30 jours, suspendre la garantie, puis la résilier 10 jours plus tard.

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

En tout état de cause, l'Institution peut poursuivre le recouvrement des cotisations par toutes voies de droit.

Garanties facultatives (Option confort facultatif)

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

En cas de mise en demeure restée infructueuse, la Mutualité Sociale Agricole pourra passé un délai de 40 jours, résilier l'Option Confort Facultatif. En cas de régularisation suite à la mise en demeure, les garanties reprennent effet le lendemain midi du jour du paiement.

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

TITRE 4

VOS GARANTIES

ARTICLE 4.1
Bénéficiaires

4.1.1 Bénéficiaires de la couverture obligatoire

(Option 1, Essentiel plus ou Option 2, Essentiel Confort)

Les bénéficiaires de la couverture obligatoire souscrite par votre employeur sont :

- vous, en tant que salarié appartenant au groupe assuré.
- vos ayants droit affiliés à la couverture socle conventionnelle obligatoire et tels que définis au Titre 7 de la présente Notice d'information.

4.1.2 Bénéficiaires de la couverture facultative

(Option confort facultatif)

Les bénéficiaires de l'Option confort facultatif sont :

- vous, dans la mesure où vous avez demandé votre affiliation à l'option dans les conditions prévues à l'article « Affiliation et prise d'effet des garanties » de l'Option confort facultatif de la présente Notice d'information.
- vos ayants droit affiliés à la couverture Socle conventionnelle obligatoire et tels que définis au Titre 7 de la présente Notice d'information, uniquement si vous avez demandé une extension de votre couverture optionnelle dans les conditions prévues à l'article « Affiliation et prise d'effet des garanties » de l'Option confort facultatif de la présente Notice d'information.

ARTICLE 4.2
Entrée en vigueur des garanties

4.2.1 Garanties obligatoires

(Option 1 Essentiel Plus, Option 2 Essentiel Confort)

Votre couverture obligatoire entre en vigueur immédiatement, dès la date de prise d'effet de votre affiliation et le cas échéant, celle de vos ayants droit conformément aux dispositions de l'article « Affiliation et prise d'effet des garanties » des garanties obligatoires de la présente Notice d'information.

4.2.2 Garanties facultatives

Option confort facultatif

Les garanties entrent en vigueur immédiatement dès la date de prise d'effet de votre affiliation et le cas échéant celle de vos ayants droit conformément aux dispositions de l'article « Affiliation et prise d'effet des garanties » de l'Option confort facultatif de la présente Notice d'information.

ARTICLE 4.3
Dispenses d'affiliation

Sans préjudice des cas de dispenses d'ordre public prévus par les textes législatifs et réglementaires en vigueur, si vous vous trouvez dans l'une des situations prévues par l'article R.242-1-6 du Code de la Sécurité sociale, et sous réserve que l'acte juridique instituant la garantie frais de santé le prévoit, vous pourrez demander à ne pas être affilié au contrat.

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

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

Lorsque la dispense prend fin ou n'est pas renouvelé, votre employeur doit en informer l'Institution dans les plus brefs délais.

ARTICLE 4.4
Montant des garanties

Votre contrat sur-complémentaire garantit le remboursement des dépenses de santé consécutives à une maladie, une maternité ou un accident. Ces remboursements sont fonction des niveaux de couverture choisis : option 1 **Essentiel Plus** uniquement ou option 1 Essentiel Plus complétée de l'option 2 **Essentiel Confort** ou **Option Confort Facultatif**.

Ces remboursements garantis par le présent contrat complètent les prestations versées par le régime de base de Sécurité sociale et par le régime de complémentaire santé responsable auquel il s'adosse. Ils 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.

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

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-CO), le cumul des remboursements versés au titre du régime de complémentaire santé et du contrat surcomplémentaire santé 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 planchers 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 et par le régime de complémentaire santé responsable.

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 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 et par le régime de complémentaire santé responsable.

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 4.5
Modification des remboursements du régime de base et des garanties du socle conventionnel

Le montant ainsi que les modalités de versement des prestations versées par AGRI PRÉVOYANCE au titre du contrat sur-complémentaire sont établis en fonction des conditions de prise en charge prévues par le Régime Social de Base et par le socle conventionnel obligatoire.

Si ces conditions venaient à changer, AGRI PRÉVOYANCE se réserve le droit de modifier le montant et/ou les modalités de versement des prestations du contrat sur-complémentaire.

ARTICLE 4.6
Règlement des prestations

Les prestations du régime frais de santé vous sont réglées directement par la **Mutualité Sociale Agricole (CMSA)**.

Le présent contrat met à votre disposition et à vos ayants droit un service de tiers payant (dispense d'avance des frais) sur l'ensemble des garanties prévues par ledit contrat, à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale 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, AGRI PREVOYANCE ou le délégataire de gestion, le cas échéant, vous délivre une carte complémentaire qui devra lui être restitué(e) lorsque vous cessez de bénéficier dudit contrat.

ARTICLE 4.7
Limites et exclusions des garanties

D' une manière générale, ne sont pas pris en charge :

- **les frais engagés avant la date de prise d'effet ou après la cessation des garanties;**
- **les frais de santé résultant d'actes qui, bien qu'inscrits à la nomenclature des actes professionnels, ne sont pas pris en charge par le régime de base, sauf exceptions prévus au tableau des garanties annexés au présent contrat;**
- **les pénalités appliquées en cas de non respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassement 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;**
- **le forfait journalier hospitalier des établissements médico-sociaux.**

En cas d'assurance 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 effet dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, vous pouvez obtenir le remboursement de ses frais en vous adressant à l'organisme de votre choix.

Vous devez faire la déclaration de vos assurances cumulatives. Cette obligation est valable pendant toute la durée de votre affiliation au présent contrat.

ARTICLE 4.8
Etendue territoriale des garanties frais de santé

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

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

ARTICLE 4.9
Contrôle des prestations

En cas de suspicion de fraude aux prestations, AGRI PREVOYANCE et/ou la Mutualité Sociale Agricole se réservent la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales et/ou de demander toutes autres justifications qui leur paraitraient nécessaires, notamment les prescriptions médicales et les factures détaillées.

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

En cas de récupération de la part du régime de base, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, AGRI PREVOYANCE et/ou la Mutualité Sociale Agricole se réservent le droit de récupérer toutes prestations qui vous auront été indûment réglées.

ARTICLE 4.10
Cessation des garanties

Outre les cas de dénonciation prévus à l'article "Affiliation et prise d'effet des garanties" de l'option confort facultatif, les garanties obligatoires et la garantie Option Confort facultatif éventuellement souscrite, cessent de plein droit, tant à votre égard qu'à l'égard de votre conjoint et de vos enfants à charge :

- **à la date d'effet de la résiliation du contrat** à l'initiative de votre employeur ou d'AGRI PRÉVOYANCE,
- **à la date de cessation de votre affiliation** dans les conditions prévues à l'article "Cessation de l'affiliation".

En tout état de cause, la garantie cesse pour le participant et ses ayants droit à la date de liquidation de la pension de vieillesse du participant par la Mutualité Sociale Agricole ou par tout autre régime de base de la Sécurité sociale, y compris pour inaptitude au travail, excepté en cas de cumul emploi-retraite.

TITRE 5

PORTABILITÉ DES DROITS

En cas de cessation de votre contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, vous pouvez bénéficier du maintien des garanties prévues par le contrat de votre entreprise en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale et ce, pour toute notification de rupture intervenue à compter de la date d'effet dudit contrat.

Si votre entreprise disposait de garanties frais de santé préalablement à l'entrée en vigueur du présent contrat, elle doit, dans un délai de trente jours suivant la souscription du contrat, informer AGRI PREVOYANCE ou le délégataire de gestion le cas échéant, des anciens salariés susceptibles d'ouvrir droit à la portabilité au titre de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

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

ARTICLE 5.1
Bénéficiaire

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

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

ARTICLE 5.2
Ouverture et durée des droits à portabilité

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

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

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

ARTICLE 5.3
Obligation de votre entreprise

Votre entreprise doit informer AGRI PREVOYANCE ou le délégataire de gestion le cas échéant, de la cessation de votre contrat de travail si vous êtes susceptible d'ouvrir droit à la portabilité.

ARTICLE 5.4
Vos obligations

Vous devez justifier auprès de l'Institution ou le délégataire de gestion le cas échéant, que vous remplissez les conditions requises au moment de la demande de versement des prestations.

A ce titre, vous devez fournir une copie de votre certificat de travail et de votre attestation de prise en charge par l'assurance chômage ainsi qu'une copie de vos attestations de paiement de Pôle emploi.

Vous devez informer AGRI PREVOYANCE ou le délégataire de gestion le cas échéant de la cessation du versement des allocations chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité.

ARTICLE 5.5
Prestations

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

Toute modification des prestations du contrat intervenant au cours de votre période de portabilité vous est applicable.

ARTICLE 5.6
Cessation de la portabilité

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

- à la fin de la durée de maintien à laquelle vous ouvrez droit si elle est inférieure à 12 mois ;
- à la date à laquelle vous reprenez une activité professionnelle ;
- à la date de cessation du versement des allocations chômage ;
- à la date de la liquidation de la pension d'assurance vieillesse du régime de base, y compris pour inaptitude au travail ;
- en cas de décès ;
- en cas de résiliation du contrat par votre entreprise.

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

TITRE 6

MAINTIEN SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL

Sous réserve du maintien de la garantie Santé conventionnelle obligatoire, les garanties du contrat peuvent vous être maintenues, sans période probatoire ni contrôle médical, sous forme de contrat individuel, au-delà de la date de cessation des garanties prévue à l'article précédent. Le maintien à titre individuel des garanties s'effectue dans les conditions suivantes:

6.1 1- A vous-même, en cas de rupture de votre contrat de travail

En application **de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin »**, si votre contrat de travail est rompu, l'Institution vous proposera, dans les 2 mois qui suivent la date de cessation de votre contrat de travail selon l'information transmise par l'entreprise ou la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits, le maintien de vos garanties dans le cadre d'une adhésion à un **contrat individuel**, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire, sous réserve que vous répondiez à l'une des conditions suivantes :

- être bénéficiaire d'une pension de retraite ;
- être privé d'emploi et bénéficier d'un revenu de remplacement ;
- avoir un contrat de travail rompu et être bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité et percevoir à ce titre des prestations en espèces de son régime de base obligatoire.
- Etre ayant droit de l'assuré décédé, à condition d'en faire la demande dans les six mois du décès.

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

Vous pouvez demander dans les mêmes conditions de délai, le maintien à titre individuel des garanties dont bénéficiaient votre conjoint et vos enfants à charge. En tout état de cause, les couvertures maintenues doivent être identiques pour l'ensemble des personnes assurées par le contrat individuel.

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

6.2 2- A vos ayants droit, si vous décédez

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

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

En tout état de cause, les couvertures maintenues doivent être identiques pour l'ensemble des personnes assurées par le contrat individuel.

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

TITRE 7

DEFINITIONS

7.1 Définitions des intervenants au contrat

ENTREPRISE ADHÉRENTE

L'employeur ayant souscrit le présent contrat collectif.

PARTICIPANT

Le salarié de l'entreprise adhérente définie ci dessus, appartenant au groupe assuré désigné au Certificat d'adhésion valant Conditions Particulières et affilié au présent contrat.

ASSURÉ

Le participant et ses éventuels ayants droit, bénéficiaires des garanties.

AYANTS DROIT

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

- le **conjoint** : la personne mariée avec le participant et non séparée de droit.

Sont assimilés au conjoint :

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

Les enfants à charge:

Sont considérés comme ayant droit du participant au sens dudit contrat les enfants à charge définis comme suit :

- les enfants du participant nés ou à naître, dont la filiation est légalement établie, y compris adoptive;
- les enfants du conjoint, du concontractant d'un PACS ou du concubin dont la filiation est légalement établie, sous réserve d'être à la charge effective du salarié, c'est à dire si celui-ci subvient à leurs besoins et assure leur éducation.
- les enfants qu'ils a recueillis et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue;

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

- être âgés de moins de 16 ans quelle que soit leur situation;
- être agés de moins de 20 ans et être sous contrat d'apprentissage;
- être âgés de moins de 26 ans, s'ils poursuivent leurs études;
- quel que soit leur âge, lorsqu'ils sont atteints d'un handicap tel qu'ils ne peuvent exercer une activité professionnelle rémunérée, à condition qu'ils soient titulaires d'une carte d'invalidité et que leur état d'invalidité ait été constaté avant leur 21ème anniversaire.

7.2 Définitions des termes propres au contrat

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 apparaitre 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 apparaitre a 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.

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.

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-Co).

FORFAIT ACTES LOURDS

Participation forfaitaire non remboursée par le régime de base (sauf régime Alsace-Moselle), qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé, dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'Etat, ou dont le coefficient est égal ou supérieur à 60.

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.

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-CO (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-CO est une option spécifique pour les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens.

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 apparaitre un équipement de l'offre « 100% Santé ».

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

PLAFOND MENSUEL DE LA SECURITE SOCIALE (PMSS)

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

PRIX LIMITE DE VENTE

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

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

PROTHESES DENTAIRES

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

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

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

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

TELECONSULTATION

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

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

TICKET MODERATEUR

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

TIERS PAYANT

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

Synonyme : dispense d'avance des frais

TITRE 8

TABLEAU DES GARANTIES

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 complète les prestations versées par le régime de Sécurité sociale de base et le régime de complémentaire santé responsable dans le respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO) ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optiques et du plafond pour les aides auditives.

TABLEAU DES GARANTIES SURCOMPLÉMENTAIRES SANTÉ PRENANT EFFET AU 1er JANVIER 2020

Les garanties du contrat surcomplémentaire Essentiel Paysage complètent les prestations versées au titre du régime Frais de santé de la Convention Collective Nationale des entreprises du Paysage. Elles s'appliquent pour la France métropolitaine (hors et y compris le régime local d'Alsace-Moselle) et les départements d'outre-mer.

L'entreprise choisit, en complément du socle conventionnel obligatoire, le niveau de couverture obligatoire du contrat collectif santé surcomplémentaire parmi les niveaux suivants :

- **l'Option 1, Essentiel Plus :** premier niveau de couverture, pouvant être renforcé par :
- **l'Option 2, Essentiel Confort :** second niveau de couverture.

L'adhésion à l'Option 2 Essentiel Confort est conditionnée à l'adhésion préalable à l'Option 1, Essentiel Plus.

Lorsque l'Option 2, Essentiel Confort n'a pas fait l'objet d'une adhésion obligatoire par l'entreprise, celle-ci est automatiquement ouverte à titre facultatif pour le salarié en complément de l'Option 1 obligatoire, Essentiel Plus. L'Option 2 est alors nommée Confort Facultatif et se compose de deux modules au choix du salarié : « module Optique / Dentaire » et/ou « module Soins », les deux modules pouvant se cumuler.

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

Le total des remboursements ne peut excéder le montant des frais réellement engagés.

	Remboursements surcomplémentaires (hors régime de base et hors socle conventionnel Paysage)		
Nature des risques	**Option 1 Essentiel Plus**	**Option 2 Essentiel Confort (hors Essentiel Plus)**	**Option Confort Facultatif (hors Essentiel Plus)**
SOINS COURANTS			
• **Honoraires médicaux** (généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, ophtalmologues y compris téléconsultation)	-	-	-
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM[1]	100% BR	100 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM[1]	-	-	-
• **Honoraires paramédicaux**	-	-	-
• **Analyses et examens de laboratoire**	-	-	-
• **Radiographie**	-	-	-
• **Médicaments**	-	-	-
• **Matériel médical**	-	-	-
- Fournitures médicales, pansements	-	-	-
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses	100 % BR	200 % BR	200 % BR
• **Actes de prévention**[2]	-	-	-
• **Honoraires de médecine douce reconnue par le Ministère de la Santé (chiropractie, ostéopathie)**	40 €/séance avec un maximum de 2 séances/ an/bénéficiaire	20 €/séance avec un maximum de 4 séances/ an/bénéficiaire	20 €/séance avec un maximum de 4 séances/ an/bénéficiaire
• **Honoraires de médecine douce reconnue par le Ministère de la Santé (acupuncture, homéopathie, étiopathie, psychologie, diététique)**	20 €/séance avec un maximum de 4 séances/ an/bénéficiaire	20 €/séance avec un maximum de 4 séances/ an/bénéficiaire	20 €/séance avec un maximum de 4 séances/ an/bénéficiaire
OPTIQUE			
Équipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans[3]			
• **Équipements 100 % Santé (Classe A)**[4]			
- Monture	-	-	-
- Verres	-	-	-
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100 % Santé	-	-	-
• **Autres équipements (Classe B)**			
- Monture	-	-	-
- Verres unifocaux simples[5]	30 €/verre	40 €/verre	40 €/verre
- Verres unifocaux complexes[5]	50 €/verre	70 €/verre	70 €/verre
- Verres multifocaux ou progressifs complexes[5]	70 €/verre	95 €/verre	95 €/verre
- Verres multifocaux ou progressifs très complexes[5]	85 €/verre	115 €/verre	115 €/verre
• **Prestation d'adaptation de la correction à la vue et supplément pour verre avec filtre**[4]	-	-	-
• **Forfait complémentaire pour les lentilles remboursées ou non par le régime de base**	110 €/ 2 ans/ bénéficiaire	60 €/2 ans/ bénéficiaire	60 €/2 ans/bénéficiaire
• **Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base**	-	-	-

Nature des risques	Remboursements surcomplémentaires (hors régime de base et hors socle conventionnel Paysage)		
	Option 1 Essentiel Plus	**Option 2 Essentiel Confort (hors Essentiel Plus)**	**Option Confort Facultatif (hors Essentiel Plus)**
DENTAIRE			
• **Soins et prothèses 100 % Santé**[4][6]	-	-	-
• **Soins (hors 100 % Santé)**	-	-	-
• **Inlay Onlay (hors 100 % Santé)**[7]	-	-	-
• **Prothèses** (hors 100 % Santé)		-	-
- Prothèses dentaires remboursées par le régime de base hors inlay core[7]	70% BR	130% BR	130 % BR
- Inlay core[7]	-	-	-
• **Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base (hors inlays core)**	-	-	-
• **Implantologie**	200 €/an/bénéficiaire	250 €/an/bénéficiaire	250 €/an/bénéficiaire
• **Parodontologie non remboursée par le régime de base**	100 €/an/bénéficiaire	-	-
• **Orthodontie prise en charge par le régime de base**	150 % BR	100% BR	100 % BR
• **Orthodontie non prise en charge par le régime de base**	-	-	-
AIDES AUDITIVES			
• **Équipements 100 % Santé** (Classe I)[4][8]	-	-	-
• **Aides auditives** hors 100 % Santé (Classe II)[8] jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	-	-	-
• **Aides auditives** hors 100 % Santé (Classe II)[8] à partir de 21 ans	-	-	-
HOSPITALISATION			
• **Frais de séjour**	-	-	-
• **Honoraires**	-	-	-
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM[1]	200% BR	-	-
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM[1]	-	-	-
• **Forfait actes lourds**[9]	-	-	-
• **Chambre particulière (y compris ambulatoire et maternité)**	25 €/jour	-	-
• **Frais d'accompagnant**	25 €/jour	-	-
• **Forfait journalier hospitalier**	-	-	-
• **Confort hospitalier : prise en charge des frais de télévision et de téléphone**	-	26 €/an/bénéficiaire	26 € an/bénéficiaire
• **Prestations de service en cas d'hospitalisation à domicile prises en charge par le régime de base**	52 €/jour limité à 60 jours/an	400 €/an	400 €/an
MATERNITÉ			
• **Frais de séjour**	-	-	-
• **Honoraires**	-	-	-
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM[1]	-	-	-
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM[1]	-	-	-
• **Prime de naissance : maternité ou adoption**[10]	-	-	-
• **Forfait journalier hospitalier**	-	-	-
PSYCHIATRIE			
• **Frais de séjour**	-	-	-
• **Honoraires**	-	-	-
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM[1]	200% BR	-	-
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM[1]	-	-	-
• **Forfait journalier hospitalier**	-	-	-
CURES THERMALES			
• **Frais remboursés par le régime de base : transport, hébergement, surveillance**	35 % ou 30 %	-	-
• **Forfait thermal complémentaire**	-	150 €/an/bénéficiaire	150 €/an/bénéficiaire
DIVERS			
• **Transport pris en charge par le régime de base**	100 % FR	-	-
• **Pharmacie prescrite et non remboursée par le régime de base :** médicaments, pilules contraceptives et substituts nicotiniques	-	40 €/an/bénéficiaire	40 €/an/bénéficiaire
• **Vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base**	40 €/an/bénéficiaire	-	-
• **Assistance**	OUI	OUI	OUI
• **Réseau de soins**	OUI	OUI	OUI

BR : Base de remboursement de la Sécurité Sociale
FR : Frais Réels

Module optique et dentaire

Module Soins

(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-CO).

(2) Actes de prévention, selon les conditions prévues dans l'arrêté du 18 novembre 2014 fixant la liste des prestations de prévention. L'ensemble des actes de prévention est pris en charge au titre du contrat.

(3) 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 deux 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 1 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 prévu par cet arrêté.

(4) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur relatifs au 100 % santé. 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.

(5) Verres unifocaux simples de Classe B
- Verre neutre
- Verre unifocal sphérique avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries
- Verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries
- Verre unifocal sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries

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

Verres multifocaux ou progressifs complexes de Classe B
- Verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 8 dioptries

Verres multifocaux ou progressifs très complexes de Classe B
- Verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S > 8 dioptries

(6) La mise en place du 100 % Santé pour les prothèses dentaires est progressive entre 2020 et 2021. Certaines prothèses qui intégreront le panier 100 % Santé au 1er janvier 2021 seront prises en charge au titre des prothèses hors 100 % Santé au cours de l'année 2020.

(7) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour les soins et les prothèses à honoraires maîtrisés entre 2020 et 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur dès lors qu'ils ont pris effet.

(8) À compter du 1er janvier 2021, 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.

(9) 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).

(10) Y compris pour l'adoption, versée après demande auprès du régime de base sur justificatif.

TITRE 9

GARANTIE ASSISTANCE D'AGRICA

Pour permettre à la Garantie d'Assistance d'AGRICA d'intervenir dans les meilleures conditions, il est nécessaire de les contacter : 24H/24, 7 jours/7. **Seul l'appel téléphonique au moment de l'événement permet le déclenchement de l'assistance.**

DE FRANCE:	
PAR TÉLÉPHONE	01 45 16 65 15
PAR FAX (OU TÉLÉCOPIE)	01 45 16 63 92 OU 01 45 16 63 94
DE L' ETRANGER:	
PAR TÉLÉPHONE	33 1 45 16 65 15 précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international
PAR FAX (OU TÉLÉCOPIE)	33 1 45 16 63 92 OU 33 1 45 16 63 94 précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international

L'assuré doit fournir les informations suivantes lors de son appel :

- le nom et l'adresse de l'entreprise adhérente au contrat Frais de Santé AGRICA,
- l'identifiant du contrat,
- son nom et prénom,
- son numéro d'INSEE,
- 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 il peut être joint,
- la nature de son problème.

TITRE 10

RÉSEAU DE SOINS

10.1 Carte Blanche est un réseau de soins ouvert à tous les opticiens

Le réseau vous permet de bénéficier du tiers payant, c'est-à-dire de la dispense d'avance de 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 réajustage des lunettes.

Les garanties des opticiens partenaires du réseau Carte Blanche sont :

- une garantie casse de 2 ans sur les verres et la monture proposée (avec une franchise maximum de 40% du prix d'achat) ;
- une garantie d'adaptation* des verres unifocaux et progressifs de 6 mois ;
- des verres de qualité et disposant du traitement antireflet ;
- une garantie adaptation* et déchirure de 3 mois sur les lentilles.

*garantie adaptation : période où vous vous adaptez à vos verres ou à vos lentilles.

Les tarifs des verres pour les bénéficiaires Carte Blanche sont de 35% à 40% inférieurs au prix du marché et de -15% sur les lentilles.

10.2 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 garanties).

TABLEAU DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

	Option 1 Essentiel Plus	Option 2 Essentiel Confort	Option Confort Facultatif
INFORMATIONS PRATIQUES ET JURIDIQUES			
• Informations pratiques et juridiques	Inclus	Inclus	Inclus
• Informations par téléphone pour les adresses des professionnels de santé proches du domicile (médecins, laboratoires, centre de radiographie, ambulanciers...)	Inclus	Inclus	Inclus
• Information et organisation de téléassistance	Inclus	Inclus	Inclus
• Information par téléphone pour trouver le matériel orthopédique et l'appareillage + organisation de la livraison	Inclus	Inclus	Inclus
• Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une prothèse auditive de remplacement en cas de perte	Inclus (coût de la prothèse à la charge du bénéficiaire)	Inclus (coût de la prothèse à la charge du bénéficiaire)	Inclus (coût de la prothèse à la charge du bénéficiaire)
• Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une paire de lunettes de remplacement en cas de perte	Inclus (coût de la paire de lunettes à la charge du bénéficiaire)	Inclus (coût de la paire de lunettes à la charge du bénéficiaire)	Inclus (coût de la paire de lunettes à la charge du bénéficiaire)
• Services d'analyse et de conseil sur les devis optique et dentaire	Inclus	Inclus	Inclus
ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION D'UN BÉNÉFICIAIRE	**Durée minimale de l'hospitalisation 8 jours**	**Durée minimale de l'hospitalisation 5 jours**	**Durée minimale de l'hospitalisation 5 jours**
• Remboursement complémentaire d'un éventuel reliquat sur les frais de lit d'accompagnant	+ 2 nuits supplémentaires : 60 €/nuit	+ 3 nuits supplémentaires : 60 €/nuit	+ 3 nuits supplémentaires : 60 €/nuit
• Garde des enfants mineurs de moins de 16 ans ; recherche et prise en charge d'une assistance maternelle ou organisation et prise en charge de la venue d'un proche ou du transfert des enfants chez un proche	+ 10 h	+ 10 h	+ 10 h
• Garde des ascendants ; recherche et prise en charge d'une personne qualifiée ou organisation et prise en charge de la venue d'un proche ou du transfert des ascendants chez un proche	+ 10 h	+ 10 h	+ 10 h
• Remboursement des frais de transfert du téléphone du domicile sur le téléphone de la chambre	Inclus (sous réserve de faisabilité par l'opérateur)	-	-
• Soutien psychologique en cas d'hospitalisation	+ 2 entretiens	+ 2 entretiens	+ 2 entretiens
• Aide ménagère	+ 10 h	+ 10 h	+ 10 h
• Garde d'animaux domestiques	+ 20 €	+ 50 €	+ 50 €
• Transmission des messages urgents	Inclus	Inclus	Inclus
ASSISTANCE DE L'ENFANT MALADE	**Durée minimale de l'immobilisation 5 jours**	**Durée minimale de l'immobilisation 3 jours**	**Durée minimale de l'immobilisation 3 jours**
• Garde d'enfant malade	+ Crédit de 10 h/jour maximum 2 fois/an/bénéficiaire	+ Crédit de 10 h/jour maximum 2 fois/an/bénéficiaire	+ Crédit de 10 h/jour maximum 2 fois/an/bénéficiaire
• Répétiteur scolaire	Crédit 10 h/semaine maximum 3 mois	Crédit 10 h/semaine si nécessaire jusqu'à la fin de l'année scolaire	Crédit 10 h/semaine si nécessaire jusqu'à la fin de l'année scolaire
ASSISTANCE AU RETOUR D'HOSPITALISATION OU EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE	**Durée minimale de l'immobilisation 8 jours**	**Durée minimale de l'immobilisation 5 jours**	**Durée minimale de l'immobilisation 5 jours**
• Garde des enfants mineurs de moins de 16 ans ; recherche et prise en charge d'une assistance maternelle ou organisation et prise en charge de la venue d'un proche ou du transfert des enfants chez un proche	+10 h	+10 h	+10 h
• Garde des ascendants ; recherche et prise en charge d'une personne qualifiée ou organisation et prise en charge de la venue d'un proche ou du transfert des ascendants chez un proche	+10 h	+10 h	+10 h
• Organisation et prise en charge de la venue d'un proche	Inclus	Inclus	Inclus
• Soutien psychologique	+ 2 entretiens	+ 2 entretiens	+ 2 entretiens
• Aide ménagère	+ 10 h	+ 10 h	+ 10 h
• Garde d'animaux domestiques	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €
ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS D'UN BÉNÉFICIAIRE			
• Aide à domicile en cas de décès pour effectuer les formalités administratives	Plafond 4 h	Plafond 4 h	Plafond 4 h
• Rapatriement de corps si décès à plus de 50 km du domicile	Plafond 2 000 €	Plafond 3 000 €	Plafond 3 000 €
• Garde des enfants mineurs de moins de 16 ans ; recherche et prise en charge d'une assistance maternelle ou organisation et prise en charge de la venue d'un proche ou du transfert des enfants chez un proche	10 h	+ 10 h	+ 10 h
• Garde des ascendants ; recherche et prise en charge d'une personne qualifiée ou organisation et prise en charge de la venue d'un proche ou du transfert des ascendants chez un proche	10 h	+10 h	+10 h
• Aide ménagère pour le conjoint survivant	10 h	+10 h	+10 h
• Garde d'animaux domestiques	20 €	+ 50 €	50 €
• Soutien psychologique	2 entretiens	+ 2 entretiens	+ 2 entretiens
ASSISTANCE EN CAS DE LONGUE MALADIE D'UN PARENT, DÉCÈS D'UN PARENT, MISE EN OEUVRE DE LA GARANTIE RÉPÉTITEUR SCOLAIRE POUR PLUS DE 3 MOIS, DIVORCE DES PARENTS ENTRAÎNANT LE REDOUBLEMENT DE L'ENFANT			
• Bilan d'orientation scolaire de l'enfant	Inclus	Inclus	Inclus
ASSISTANCE EN CAS DE DÉPLACEMENT PROFESSIONNEL			
• Rapatriement médical (illimité)	-	Inclus	Inclus
• Rapatriement de corps	-	Inclus	Inclus
• Venue d'un collaborateur de remplacement	-	Inclus	Inclus

AGRICA PRÉVOYANCE

Proches par nature, engagés à vos côtés

AGRI PRÉVOYANCE – Institution de prévoyance régie par le code rural et de la pêche maritime, soumise 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 - SIRET - 423 959 295 00035 - Membre du GIE AGRICA GESTION - RCS Paris n°493 373 682 - Siège social - 21 rue de la Bienfaisance 75008 Paris - Tél : 01 71 21 00 00 - Fax 01 71 21 00 01 - www.groupagrica.com

Réf. : 80550-01-2020 - Conception/Réalisation - Crédits photos :