

SANTE

ENTREPRISE

CONDITIONS GÉNÉRALES

**CONTRAT COLLECTIF SANTE
SUR-COMPLEMENTAIRE ESSENTIEL PAYSAGE**



**AGRICA
PRÉVOYANCE**

Proches par nature, engagés à vos côtés

SOMMAIRE



TITRE 1 PRÉAMBULE 5

TITRE 2 DISPOSITIONS GÉNÉRALES 6

ARTICLE 2.1	OBJET DU CONTRAT	6
ARTICLE 2.2	ORGANISME ASSUREUR	6
ARTICLE 2.3	DÉLÉGATION DE GESTION	6
ARTICLE 2.4	LA GARANTIE ASSISTANCE	6
ARTICLE 2.5	LE RESEAU DE SOINS	7
ARTICLE 2.6	PRESCRIPTION	7
ARTICLE 2.7	RECOURS CONTRE LE TIERS RESPONSABLE	7
ARTICLE 2.8	Protection des données à caractère personnel	7
ARTICLE 2.9	RECLAMATIONS – MEDIATION	8
ARTICLE 2.10	FAUSSE DECLARATION	8
ARTICLE 2.11	LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	9

TITRE 3 EXÉCUTION DU CONTRAT 10

ARTICLE 3.1	ADHESION AU CONTRAT	10
ARTICLE 3.2	PRISE D'EFFET, DUREE ET RESILIATION DU CONTRAT	11
ARTICLE 3.3	RÉVISION DU CONTRAT	11
ARTICLE 3.4	GROUPE ASSURE	11
ARTICLE 3.5	AFFILIATION AU CONTRAT	11
ARTICLE 3.6	DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	13

ARTICLE 3.7	OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE	13
ARTICLE 3.8	OBLIGATIONS DU PARTICIPANT	14
ARTICLE 3.9	OBLIGATIONS DE L'INSTITUTION	14
ARTICLE 3.10	RESTITUTION DE L'INDU	14
TITRE 4	COTISATIONS	15
ARTICLE 4.1	STRUCTURE TARIFAIRE	15
ARTICLE 4.2	MONTANT DE LA COTISATION	15
ARTICLE 4.3	MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS	15
ARTICLE 4.4	DEFAULT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	16
ARTICLE 4.5	COMMUNICATION DES FRAIS DE GESTION	16
TITRE 5	GARANTIES FRAIS DE SANTE	17
ARTICLE 5.1	BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES	17
ARTICLE 5.2	ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES	17
ARTICLE 5.3	MONTANT DES GARANTIES	17
ARTICLE 5.4	REGLEMENT DES PRESTATIONS	18
ARTICLE 5.5	MODIFICATION DES REMBOURSEMENTS DU REGIME DE BASE ET DES GARANTIES DU SOCLE CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE	19
ARTICLE 5.6	LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIES	19
ARTICLE 5.7	CONTROLE DES PRESTATIONS	19
ARTICLE 5.8	ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES	19
ARTICLE 5.9	CESSATION DE LA GARANTIE	19
ARTICLE 5.10	MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL	19
TITRE 6	PORTABILITE DES DROITS	21
ARTICLE 6.1	BENEFICIAIRES	21
ARTICLE 6.2	OUVERTURE ET DUREE DES DROITS A PORTABILITE	21

ARTICLE 6.3	OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHERENTE	21
ARTICLE 6.4	OBLIGATIONS DE L'ANCIEN SALARIE	21
ARTICLE 6.5	PRESTATIONS	22
ARTICLE 6.6	CESSATION DE LA PORTABILITE	22
TITRE 7	DEFINITIONS COUVERTURE SANTE	23
ARTICLE 7.1	DEFINITIONS DES INTERVENANTS AU CONTRAT	23
ARTICLE 7.2	DEFINITIONS DES TERMES PROPRES AU CONTRAT	23
TITRE 8	TABLEAU DES GARANTIES	27
TITRE 9	RÉSEAU DE SOINS	31
ARTICLE 9.1	CARTE BLANCHE EST UN RESEAU OUVERT A TOUS LES OPTICIENS	31
ARTICLE 9.2	L'OFFRE CARTE BLANCHE - PRYSME	31
TITRE 10	ASSISTANCE	32

PRÉAMBULE



La Convention Collective Nationale des entreprises du Paysage dont relève votre entreprise a mis en place au profit de vos salariés non cadres et de leurs ayants droit, un régime Frais de Santé obligatoire assuré par AGRI PRÉVOYANCE dénommé « Socle conventionnel obligatoire ».

Ce contrat socle conventionnel obligatoire peut être amélioré par la souscription d'un **contrat sur-complémentaire** composé de deux options collectives et obligatoires :

- l'option 1, dénommée « **Essentiel Plus**»;
- l'option 2, dénommée « **Essentiel Confort**».

Ces options obligatoires conservent les mêmes caractéristiques que le socle conventionnel obligatoire auquel elles s'adossent : mêmes bénéficiaires, même structure tarifaire.

Ce contrat sur-complémentaire comprend également une option facultative dénommée « **Option Confort Facultatif** », au libre choix de chaque salarié.

Le contrat se compose :

- des présentes **Conditions générales**, qui précisent les obligations réciproques des parties et les garanties proposées ;
- d'un **bulletin d'adhésion** valant engagement de l'entreprise de faire bénéficier l'ensemble des salariés appartenant au groupe assuré des garanties prévues au présent contrat ;
- d'un **certificat d'adhésion** valant Conditions particulières, qui matérialise l'adhésion de l'entreprise et précise le niveau de couverture choisi et le taux de cotisation correspondant.

Il est régi par l'article L. 727-2-II du Code rural et de la pêche maritime et par le Livre IX du Code de la Sécurité sociale.

TITRE 2

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

La garantie frais de santé doit être mise en place au sein de l'entreprise par l'un des actes juridiques prévus à l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale (accord collectif, référendum ou décision unilatérale).

ARTICLE 2.1 OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat sur-complémentaire Essentiel Paysage est un contrat collectif ayant pour objet de garantir le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par les assurés, sous déduction des prestations versées par le Régime Social de Base ainsi que par la garantie socle conventionnelle obligatoire **dans la limite des frais réels engagés**.

Il comporte également des services d'assistance et l'accès au réseau de soins Carte Blanche Partenaires.

ARTICLE 2.2 ORGANISME ASSUREUR

Les garanties du contrat sont assurées par :

- **AGRI PREVOYANCE**, Institution de prévoyance, régie par les dispositions de l'article L.727-2 du Code rural et de la pêche maritime et du livre IX du Code de la Sécurité sociale, sise 21 rue de la Bienfaisance - 75382 Paris Cedex 08, dénommée ci-après « l'Institution »,

La garantie assistance est assurée par :

- **Mutuaide Assistance**, 126 rue de la Piazza - CS 20010 - 93196 Noisy-le-Grand 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 la Mutualité Sociale Agricole (CMSA) dont relèvent l'entreprise adhérente et les participants.

ARTICLE 2.4 LA GARANTIE ASSISTANCE

Le présent contrat propose une garantie « Assistance », dont la mise en oeuvre et les modalités sont décrites au Titre 10 des présentes Conditions générales.

ARTICLE 2.5

LE RESEAU DE SOINS

Les salariés couverts et, le cas échéant, leurs ayants droit bénéficient pour l'optique du réseau de soins mis en œuvre par la société **Carte Blanche Partenaires** (26 rue Laffitte, 75009 Paris) dont les prestations sont présentées au Titre 9 des présentes Conditions générales.

ARTICLE 2.6

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 ignoré jusque-là.

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

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

Il s'agit notamment de :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du Code civil) ;
- une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;
- un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestation ;

l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par l'Institution à l'entreprise adhérente en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant à l'Institution en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 2.7

RECOURS CONTRE LE TIERS RESPONSABLE

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

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

ARTICLE 2.8

Protection des données à caractère personnel

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

Les données que l'Institution traite sont indispensables à la mise en œuvre du présent contrat. Le fondement légal justifiant le traitement des données est soit, l'intérêt légitime de l'Institution, soit le respect d'une obligation conventionnelle ou réglementaire.

Sont traitées les catégories de données suivantes :

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

Ces données sont traitées pour les finalités suivantes :

- la gestion de la relation contractuelle et commerciale avec l'Entreprise ;
- la gestion administrative et financière du présent contrat ;
- l'appel des cotisations et le paiement des prestations ;

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

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

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

Les destinataires des données sont :

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

Les 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.

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

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

Les personnes concernées disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, d'opposition, ainsi que du droit à la portabilité et à la communication post-mortem de leurs données.

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

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



ARTICLE 2.9 RECLAMATIONS – MEDIATION

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

- **soit par courrier** à l'adresse suivante : AGRI PREVOYANCE, Service Réclamations, 21 rue de la Bienfaisance 75382 Paris cedex 08 ;
- **soit par courriel** sur le site internet d'AGRICARICA, www.groupagricarica.com, en cliquant sur la rubrique :

"Une question, contactez-nous" puis en précisant le sujet de la demande « Faire une réclamation ».

Afin que la demande soit traitée dans les plus brefs délais, les informations suivantes doivent être communiquées :

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

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

Par suite, un recours peut être présenté par l'entreprise ou le participant auprès du Médiateur de la protection sociale (CTIP), en adressant le dossier complet :

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



ARTICLE 2.10 FAUSSE DECLARATION

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

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

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

Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

**ARTICLE 2.11****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 L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

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

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

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

TITRE 3

EXÉCUTION DU CONTRAT



ARTICLE 3.1 ADHESION AU CONTRAT

L'employeur adhère au contrat en signant le bulletin d'adhésion.

3.1.1 Choix du niveau de couverture

Par l'entreprise

L'entreprise adhérente choisit, en complément du socle conventionnel obligatoire, le niveau de couverture obligatoire du contrat collectif santé sur-complémentaire Essentiel 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.

Le niveau de couverture obligatoire choisi par l'entreprise adhérente est précisé dans le certificat d'adhésion valant Conditions particulières.

Par le salarié

Lorsque l'**option 2, Essentiel Confort n'a pas fait l'objet d'une souscription 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.

3.1.2 Changement de niveau de couverture

Par l'entreprise

L'entreprise qui souhaite revenir sur le niveau de couverture choisi lors de la souscription du présent contrat peut en demander le changement, chaque année par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole dont elle dépend, délégataire de l'Institution, **au plus tard le 31 octobre de l'année en cours**.

Ce changement de niveau de couverture, formalisé par la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion, prend alors effet le 1^{er} janvier de l'année suivante et ne peut être remis en cause qu'à l'expiration d'un délai de **2 ans**.

Toutefois, ce changement de niveau de couverture ne remet pas en cause la possibilité de résilier le contrat dans les conditions prévues à l'article "Prise d'effet, Durée et résiliation du contrat" des présentes Conditions générales.

Par le salarié

Le salarié qui souhaite modifier sa couverture à l'Option confort facultatif (changement de module ou ajout d'un module) peut en faire la demande à tout moment. Cette modification prend effet au **1^{er} jour du mois qui suit la réception du dossier complet**.

La demande doit être effectuée au moyen du bulletin de modification adressé à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole dont dépend le participant.



ARTICLE 3.2 PRISE D'EFFET, DUREE ET RESILIATION DU CONTRAT

3.2.1 Prise d'effet

Le présent contrat prend effet à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception du bulletin d'adhésion par l'Institution.

Toutefois, d'un commun accord, la date de prise d'effet peut être fixée à une date ultérieure, le 1^{er} jour d'un mois civil.

Cette date est alors précisée sur le bulletin d'adhésion.

3.2.2 Durée

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

3.2.3 Résiliation

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

La résiliation par l'Institution s'effectue dans les mêmes conditions par lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant la date d'échéance.

Le cachet de la poste ou la date d'expédition de l'envoi recommandé électronique fait foi du respect du délai de préavis.

En tout état de cause, la résiliation du présent contrat emporte la résiliation de l'ensemble des options souscrites à titre obligatoire ou facultatif.

En cas de résiliation, l'entreprise pourra, par la suite, souscrire à nouveau au présent contrat au terme d'un **délai de 1 an**.



ARTICLE 3.3 RÉVISION DU CONTRAT

Les dispositions du présent contrat sont établies en fonction de la législation et de la réglementation de la Sécurité sociale notamment des bases et taux de remboursement des régimes sociaux obligatoires en vigueur à la date d'effet du contrat.

En cas de changement de la législation ou de la réglementation suscitée, l'Institution se réserve le droit de modifier les cotisations et/ou les garanties du présent contrat.

L'entreprise adhérente peut refuser ces modifications dans le mois qui suit la notification des nouvelles conditions et demander la résiliation du présent contrat, par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation prend alors effet le 1^{er} jour du mois civil suivant la date figurant sur l'accusé de réception.

Par ailleurs, en fonction des résultats techniques constatés et de l'équilibre du risque, l'Institution se réserve le droit d'ajuster les cotisations et les garanties du contrat.



ARTICLE 3.4 GROUPE ASSURE

Le groupe assuré est constitué par la catégorie de personnel définie au régime socle conventionnel obligatoire.

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



ARTICLE 3.5 AFFILIATION AU CONTRAT

3.5.1 AFFILIATION ET PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE SANTE

L'affiliation des participants et de leurs ayants droit, s'effectue sans questionnaire et sans examen médical préalable, quel que soit le niveau de couverture choisi par l'entreprise adhérente.

3.5.2 Garanties obligatoires

(Option 1 Essentiel Plus, Option 2 Essentiel Confort)

Affiliation des participants :

Doit être obligatoirement affilié l'ensemble des salariés appartenant au groupe assuré.

L'affiliation et l'admission dans l'assurance du participant prennent effet :

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

Affiliation des ayants droit :

L'ensemble des ayants droit du participant tel que défini au Titre 7 des présentes Conditions générales et bénéficiant des garanties du régime socle conventionnel obligatoire est obligatoirement affilié au présent contrat.

L'affiliation et l'admission dans l'assurance des ayants droit du participant prennent effet :

- soit à la **date de prise d'effet de l'affiliation du participant** auquel ils se rattachent,
- soit à la **date de changement de sa situation familiale** engendrant une modification de la structure familiale (mariage, concubinage, PACS, naissance ou adoption d'un enfant) dûment déclaré à l'Institution.

L'affiliation des ayants droit s'effectue au moyen du bulletin d'affiliation. Celui-ci est envoyé à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole.

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

3.5.3 Garanties facultatives

Option confort facultatif

Affiliation du participant:

Lorsque l'**option 2, Essentiel Confort n'a pas fait l'objet d'une souscription obligatoire** par l'entreprise adhérente, le participant a la possibilité d'améliorer son niveau de couverture en demandant son affiliation à l'option 2 qui est alors nommée **Confort facultatif**, et qui se compose d'un module « **Optique/Dentaire** » et d'un module « **Soins** » en offrant la possibilité de s'affilier à l'un ou aux deux modules.

L'affiliation à l'Option « Confort facultatif » prend effet :

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

L'affiliation du participant à la garantie optionnelle Confort facultatif s'effectue au moyen du bulletin d'affiliation mentionnant le(s) module(s) choisi(s) et adressé à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole dont dépend le participant.

Affiliation des ayants droit:

Le participant peut choisir d'étendre la garantie optionnelle à un ou plusieurs de ses ayants droits, tels que définis au Titre 7 des présentes Conditions générales.

Cette demande peut être effectuée :

- soit **simultanément à l'affiliation du participant** à l'Option Confort facultatif ,
- soit postérieurement à l'affiliation du participant à l'Option Confort facultatif, **à tout moment**, et notamment en cas de changement dans la situation familiale du participant. Dans ce cas, le ou les ayants droit bénéficient de l'Option Confort facultatif à compter du **1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande d'affiliation**.

L'affiliation des ayants droit du participant à la garantie optionnelle Confort facultatif s'effectue au moyen du bulletin d'affiliation adressé à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole dont dépend le participant.

Le participant et ses ayants droit bénéficient ainsi du même niveau de couverture.

Dénonciation de l'Option Confort Facultatif

Dénonciation de l'affiliation du participant:

Le participant a la faculté de dénoncer son affiliation à l'Option Confort Facultatif:

- annuellement, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Institution, au plus tard le **31 octobre de l'année en cours**. La dénonciation prend alors effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

- en cours d'année, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole dont il dépend, délégataire d'AGRI PRÉVOYANCE, **dans les trente jours qui suivent l'évènement en cas de changement dans sa situation familiale ou de modification de la situation professionnelle de son conjoint**.

Toute dénonciation par le participant s'applique à l'ensemble de ses ayants droit éventuellement affiliés à l'Option Confort facultatif.

Dénonciation de l'affiliation des ayants droit:

Le participant a la faculté de dénoncer uniquement l'affiliation de ses ayants droit à l'Option Confort Facultatif :

- annuellement, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Institution, au plus tard le **31 octobre de l'année en cours**. La dénonciation prend alors effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.
- en cours d'année, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole dont il dépend, délégataire d'AGRI PRÉVOYANCE, **dans les trente jours qui suivent l'évènement en cas de changement dans sa situation familiale ou de modification de la situation professionnelle de son conjoint**.

En cas de dénonciation de l'affiliation du participant et/ou de ses ayants droit à l'Option Confort Facultatif, toute nouvelle demande d'affiliation à l'option 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.

3.5.4 Dispenses d'affiliation

Sans préjudice des cas de dispense d'ordre public prévus par les textes législatifs et réglementaires en vigueur, les participants se trouvant dans l'une des situations 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, pourront se dispenser d'affiliation. Préalablement à la demande de dispense, l'employeur informe le salarié des conséquences de son choix d'être dispensé.

Dès lors, l'employeur doit indiquer au salarié qu'il n'est pas redevable de la cotisation frais de santé et qu'il ne bénéficiera pas des prestations, ni droit à portabilité.

Le salarié doit compléter le formulaire de demande type mis à disposition par son employeur prenant la forme d'une déclaration sur l'honneur indiquant notamment que le salarié reconnaît avoir été informé en bonne et due forme. Chaque année, le participant devra produire à l'entreprise adhérente les justificatifs permettant de vérifier que les conditions requises pour bénéficier de la dispense d'affiliation sont remplies.

Lorsque la dispense prend fin ou n'est pas renouvelée, l'entreprise adhérente doit en informer l'Institution dans les plus brefs délais.

3.5.5 Cessation de l'affiliation

Des participants

L'affiliation du participant au présent contrat cesse à la fin du mois au cours duquel survient :

- sa sortie du groupe assuré tel que défini à l'article « Groupe assuré » ;
- la rupture de son contrat de travail, quel qu'en soit le motif.

Des ayants droit

Outre les cas de dénonciation prévus à l'article « Affiliation au contrat », l'affiliation des ayants droit prend fin :

- au moment de la cessation de l'affiliation du participant ;
- ou lorsqu'ils perdent la qualité d'ayant droit tel que défini au Titre 7.

La cessation de l'affiliation du participant à la garantie obligatoire (Option 1 Essentiel plus, Option 2 Essentiel Confort) entraîne la cessation de son affiliation et le cas échéant celle de ses 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 pour les participants se trouvant dans les situations de suspension de contrat de travail prévues au régime socle conventionnel obligatoire.

La suspension de la garantie intervient pour tout mois civil entier sans rémunération. Elle s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré. Un maintien de la garantie Santé pour les participants dont le contrat de travail est suspendu peut être proposé, à titre onéreux, sur demande expresse de l'entreprise ou du participant auprès de l'Institution.

L'entreprise adhérente doit pour cela informer l'Institution en communiquant les nom, prénom, le n° de Sécurité sociale, la date et le motif de la suspension du contrat de travail de l'intéressé.

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

Si le salarié demande le maintien de sa couverture, les cotisations sont prélevées directement sur son compte bancaire.

Si le salarié ne demande pas le maintien de sa couverture, la garantie cesse le dernier jour du mois civil pour lequel les cotisations ont été versées par l'entreprise adhérente.

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



ARTICLE 3.7

OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE

A l'égard du participant

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

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

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

A l'égard de l'Institution

L'entreprise adhérente s'oblige :

- à affilier l'ensemble des participants appartenant au groupe assuré ;
- à fournir les informations nécessaires à la détermination des cotisations ainsi que la liste des entrées et sorties des participants ;
- à verser les cotisations selon les modalités définies au titre « Cotisations » ;
- à répondre aux questions de l'Institution relatives aux participants.

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

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



ARTICLE 3.8

OBLIGATIONS DU PARTICIPANT

3.8.1 Garanties obligatoires

(Option 1 Essentiel Plus, Option 2 Essentiel Confort)

Chaque participant s'oblige :

- à accepter le précompte des cotisations;
- à fournir à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole dont il dépend, délégataire de l'Institution, à l'Institution ou à l'entreprise adhérente les renseignements nécessaires à l'établissement de ses droits et obligations, notamment toute modification intervenant dans sa situation de famille.
- à retourner tous justificatifs demandés par l'Institution afin de vérifier la persistance des droits.

3.8.2 Garanties facultatives

(Option confort facultatif)

Chaque participant s'oblige:

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



ARTICLE 3.9

OBLIGATIONS DE L'INSTITUTION

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

- l'IPID (document d'information précontractuelle sur le produit d'assurance) : document d'information présentant les caractéristiques essentielles du contrat, notamment le (s) risque(s) couvert(s), les exclusions de garanties, les obligations de l'entreprise adhérente, les modalités de résiliation, la territorialité des garanties (...);

- les informations d'ordre général concernant l'Institution de prévoyance afin d'assurer une meilleure transparence vis à vis de l'entreprise adhérente. Ces informations portent notamment sur l'identité de l'Institution, l'adresse du siège social, la qualité d'institution de prévoyance, les procédures de réclamation-médiation, la nature de la rémunération perçue par le personnel distributeur au titre de la distribution du contrat. L'Institution informe l'entreprise adhérente en cas d'évolution des informations relative à la rémunération ainsi qu'en cas de paiements postérieurs autres que les cotisations en cours et les versements prévus.

- la fiche conseil exprimant le besoin de l'entreprise adhérente, et les arguments justifiant l'adéquation entre les besoins et les garanties proposées.

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

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



ARTICLE 3.10

RESTITUTION DE L'INDU

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

TITRE 4

COTISATIONS



ARTICLE 4.1 STRUCTURE TARIFAIRE

4.1.1 Garanties obligatoires

Option 1 Essentiel Plus, Option 2 Essentiel Confort

Les garanties frais de santé du présent contrat sont accordées au participant et le cas échéant à l'ensemble de ses ayants droit moyennant une cotisation dite « uniforme », identique à la garantie conventionnel obligatoire.

La part salariale de la cotisation est prélevée par l'employeur sur le bulletin de paie du salarié.

4.1.2 Garanties facultatives

Option confort facultatif

L'Option Confort facultatif est accordée :

- au participant, moyennant une cotisation individuelle dite « adulte » ;
- à chaque ayant droit, affilié au contrat, moyennant une cotisation additionnelle par ayant droit dont le montant varie selon qu'il s'agit d'un adulte ou d'un enfant à charge au sens du présent contrat.

Le montant varie également en fonction du ou des modules choisis par le participant, pour lui-même et pour un ou plusieurs de ses ayants droit.



ARTICLE 4.2 MONTANT DE LA COTISATION

Le montant des cotisations est fixé mensuellement.

Ce montant est précisé au barème de cotisations.

Toute taxe ou majoration de taxe établie postérieurement à la date d'effet du présent contrat et dont la récupération ne serait pas interdite, sera mise à la charge de l'entreprise adhérente et payable en même temps que la cotisation.



ARTICLE 4.3 MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS

AGRI PRÉVOYANCE délègue la gestion des cotisations du contrat Sur-complémentaire à la Mutualité Sociale Agricole.

4.3.1 Garanties obligatoires

Option 1 Essentiel Plus, Option 2 Essentiel Confort

Les cotisations sont appelées et recouvrées par les caisses de Mutualité Sociale Agricole conjointement aux cotisations sociales de base, dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités que les Assurances Sociales Agricoles.

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

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

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

▼ 4.3.2 Garanties facultatives

Option Confort facultatif

Les cotisations sont payables mensuellement par prélèvement automatique sur le compte bancaire du participant, au 5, au 10 ou au 15 de chaque mois suivant son échéance. Le versement des cotisations est de la seule responsabilité du participant.

ARTICLE 4.4

DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

▼ 4.4.1 Pour l'entreprise adhérente

Le versement des cotisations prévues par le présent contrat est de la seule responsabilité de l'entreprise adhérente (part patronale et part salariale).

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 infructueuse, passé un délai de 30 jours, la Mutualité Sociale Agricole pourra suspendre la garantie, puis résilier le présent contrat, 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, les frais engagés étant à la charge de l'entreprise adhérente.

▼ 4.4.2 Pour le participant ayant choisi l'Option Confort facultatif

À défaut de paiement de tout ou partie de la cotisation dans les 10 jours qui suivent l'échéance mensuelle, la Mutualité Sociale Agricole adresse au participant, 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 du présent contrat 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 à la charge du participant.

ARTICLE 4.5

COMMUNICATION DES FRAIS DE GESTION

Les frais appliqués au présent contrat s'élèvent à 13 % et se décomposent de la manière suivante :

- 10 % au titre des frais de gestion ;
- 3 % au titre des frais d'acquisition.

Ces frais recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont les remboursements, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, le réseau de soin, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

TITRE 5

GARANTIES FRAIS DE SANTE



ARTICLE 5.1 BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

(Option 1 **Essentiel Plus**, Option 2 **Essentiel Confort**)

Les bénéficiaires des garanties obligatoire du contrat sur-complémentaire sont :

- le participant appartenant au groupe assuré ;
- l'ensemble de ses ayants droit, tels que définis au Titre 7 du présent contrat, dans la mesure où ils bénéficient de droits ouverts au titre des prestations en nature du régime de base et dès lors qu'ils remplissent les conditions nécessaires pour bénéficier des garanties du Socle conventionnel obligatoire.

Option Confort facultatif

Les bénéficiaires de l'Option Confort Facultatif sont :

- le participant qui a demandé son affiliation à cette option ;
- les ayants droit tels que définis au Titre 7 du présent contrat pour lesquels le participant a demandé leur affiliation et sous réserve qu'ils bénéficient de la garantie Socle conventionnel obligatoire et de l'Option 1, Essentiel Plus.



ARTICLE 5.2 ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Les garanties obligatoire et facultatives entrent en vigueur à l'égard du participant, et le cas échéant, de ses ayants droit immédiatement, dès leur affiliation conformément aux dispositions de l'article « Affiliation au contrat » des présentes Conditions générales.



ARTICLE 5.3 MONTANT DES GARANTIES

Les 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.

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 aux conditions particulières valant bulletin d'adhésion.

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

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

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

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

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO), 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 5.4

REGLEMENT DES PRESTATIONS

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

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

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

Pour justifier du tiers payant, l'Institution délivre au participant une carte complémentaire (sous forme papier) qui devra lui être restituée lorsque le participant cesse de bénéficier dudit contrat.



ARTICLE 5.5

MODIFICATION DES REMBOURSEMENTS DU RÉGIME DE BASE ET DES GARANTIES DU SOCLE CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE

En cas de modification des prestations versées au titre du régime de base et du socle conventionnel obligatoire, AGRI PRÉVOYANCE se réserve le droit de modifier, si besoin est, les prestations garanties par le présent contrat. Ces modifications seront effectuées dans le respect des conditions du contrat responsable. Dans ce cas, l'entreprise adhérente a la possibilité de résilier le contrat sur-complémentaire dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article « Révision du contrat ».



ARTICLE 5.6

LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIES

De manière générale, ne sont pas pris en charge :

- les frais engagés au titre d'actes exécutés avant la prise d'effet ou après la cessation des garanties ;
- les frais de santé résultant d'actes qui, bien qu'inscrits à la nomenclature des actes professionnels, ne sont pas pris en charge par le régime de base, sauf exceptions prévues au tableau des garanties annexé 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'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 remboursement de ses frais en s'adressant à l'organisme de son choix.

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



ARTICLE 5.7

CONTROLE DES PRESTATIONS

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

Le participant qui, intentionnellement, fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés, à l'occasion d'une demande de règlement, perd tout droit aux garanties pour la demande de règlement en cause.

En cas de récupération de la part du régime de base, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, l'Institution se réserve le droit de récupérer toutes prestations indûment réglées au participant.



ARTICLE 5.8

ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'exercent en France et à l'étranger quel que soit le pays dans lequel les dépenses de santé ont été engagées, dans la mesure où elles font l'objet d'un remboursement de la part du régime 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 5.9

CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie cesse à la fin du mois au cours duquel intervient :

- la date de cessation de l'affiliation du participant et/ou de ses ayants droit dans les conditions définies à l'article « Affiliation au contrat » ;
- la résiliation du présent contrat par l'entreprise adhérente ou par l'Institution.

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 MSA ou par tout autre régime de base de la Sécurité sociale, y compris pour inaptitude au travail, excepté en cas de cumul emploi-retraite.

La cessation de la garantie du contrat s'opère toujours de plein droit et sans aucune formalité.



ARTICLE 5.10

MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL

5.10.1 Au participant, en cas de rupture du contrat de travail

En application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin », l'Institution proposera aux participants, dans les 2 mois qui suivent la date de cessation de leur contrat de travail ou la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits, le maintien de leur couverture correspondant au niveau des garanties et à la structure tarifaire choisis à titre obligatoire par l'entreprise dans le cadre

d'une adhésion à un contrat individuel, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire, sous réserve qu'ils répondent à l'une des conditions suivantes :

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

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à l'Institution au plus tard six mois après la rupture du contrat de travail du participant ou, le cas échéant, de la fin de la période de la portabilité.

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

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

▼ 5.10.2 Aux ayants droit d'un participant décédé

En application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin », l'Institution proposera aux ayants droit d'un participant décédé inscrits au contrat, dans les 2 mois qui suivent la date de cessation des garanties, le maintien de leur couverture correspondant au niveau des garanties et à la structure tarifaire choisis à titre obligatoire par l'entreprise dans le cadre d'une adhésion à un contrat individuel, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire.

Les ayants droit concernés devront toutefois justifier qu'ils ont droit aux prestations en nature du régime social de base à titre obligatoire ou personnel.

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à l'Institution au plus tard six mois après le décès du participant.

La garantie entre en vigueur dès la date de cessation de la garantie du présent contrat collectif, sous réserve du paiement par les ayants droit des cotisations depuis cette date. Cette garantie est maintenue pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès.

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

TITRE 6

PORTABILITE DES DROITS

En cas de cessation de son contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, les anciens salariés peuvent bénéficier du maintien des garanties prévu par le contrat de l'entreprise en application de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale et ce, pour toute notification de rupture intervenue à compter de la date d'effet du présent contrat.

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

ARTICLE 6.1 BENEFICIAIRES

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

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

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

ARTICLE 6.2 OUVERTURE ET DUREE DES DROITS A PORTABILITE

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

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

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

ARTICLE 6.3 OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHERENTE

L'entreprise adhérente doit informer l'Institution de la cessation du contrat de travail du salarié susceptible d'ouvrir droit à la portabilité de la garantie frais de santé.

ARTICLE 6.4 OBLIGATIONS DE L'ANCIEN SALARIE

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'Institution à l'ouverture ainsi qu'au cours de la période de portabilité qu'il remplit les conditions requises.

A ce titre, l'ancien salarié doit fournir une copie de son certificat de travail et de l'attestation de prise en charge par l'assurance chômage.

Chaque mois, l'ancien salarié doit adresser une copie des attestations de paiement de Pôle emploi.

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

ARTICLE 6.5 **PRESTATIONS**

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

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

ARTICLE 6.6 **CESSATION DE LA PORTABILITE**

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

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

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 7

DEFINITIONS COUVERTURE SANTE



ARTICLE 7.1 DEFINITIONS 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** : il faut entendre 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 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 ;
- les enfants recueillis par le participant et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue.

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

- être âgés de moins de 16 ans quelle que soit leur situation ;
- être âgés de moins de 20 ans 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 21^{ème} anniversaire.



ARTICLE 7.2 DEFINITIONS 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 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.

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

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

PLAFOND MENSUEL DE LA SECURITE SOCIALE (PMSS)

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

PRIX LIMITE DE VENTE

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

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

PROTHESES DENTAIRES

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

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

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

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

TELECONSULTATION

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

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

TICKET MODERATEUR

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

TIERS PAYANT

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

Synonyme : dispense d'avance des frais

TITRE 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 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, notamment : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré et médicaments homéopathiques), du forfait patient urgences, du forfait « actes lourds », du forfait journalier hospitalier et des paniers de soins 100% santé en optique, dentaire et audiologie et respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-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.

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

TABLEAU DES GARANTIES SURCOMPLÉMENTAIRES SANTÉ PRENANT EFFET AU 1^{er} JANVIER 2022

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 (chiropraxie, 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, étio-pathie, 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	-	-	-

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)
DENTAIRE			
• Soins et prothèses 100 % Santé ⁽⁴⁾	-	-	-
• Soins (hors 100 % Santé)	-	-	-
• Inlay Onlay (hors 100 % Santé) ⁽⁶⁾	-	-	-
• Prothèses (hors 100 % Santé)	-	-	-
- Prothèses dentaires remboursées par le régime de base hors inlay core ⁽⁶⁾	70% BR	130% BR	130 % BR
- Inlay core ⁽⁶⁾	-	-	-
• 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⁾⁽⁷⁾	-	-	-
• Aides auditives hors 100 % Santé (Classe II) ⁽⁷⁾ jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	-	-	-
• Aides auditives hors 100 % Santé (Classe II) ⁽⁷⁾ 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 ⁽⁸⁾	-	-	-
• Chambre particulière (y compris ambulatoire et maternité)	25 €/jour	-	-
• Frais d'accompagnant	25 €/jour	-	-
• Forfait journalier hospitalier	-	-	-
• Forfait patient urgences ⁽⁹⁾	-	-	-
• 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	-	-	-
• Forfait patient urgences ⁽⁹⁾	-	-	-
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	-	-	-
• Forfait patient urgences ⁽⁹⁾	-	-	-
CURES THERMALES			
• Frais remboursés par le régime de base : transport, hébergement, surveillance	35 % ou 30 % ou 10%	-	-
• 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 $\leq +4$ 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 $\geq 0,25$ 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 $\leq +4$ 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 $\geq 0,25$ dioptrie
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S > 8 dioptries

(6) 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.

(7) 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.

(8) 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).

(9) 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.

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

TITRE 9

RÉSEAU DE SOINS



ARTICLE 9.1

CARTE BLANCHE EST UN RESEAU OUVERT A TOUS LES OPTICIENS

Le réseau permet aux participants et à leurs ayants droit affiliés au contrat de bénéficier du tiers payant, c'est-à-dire de la dispense d'avance de frais sur les 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 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 d'adaptation aux verres ou aux lentilles.

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



ARTICLE 9.2

L'OFFRE CARTE BLANCHE - PRYSME

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 les assurés (sous conditions de garanties).

TITRE 10

ASSISTANCE

La garantie d'assistance d'AGRICA

La Garantie d'Assistance d' AGRICA est souscrite automatiquement par l'entreprise lors de son adhésion au présent contrat sur complémentaire. Elle comprend un ensemble de prestations d'assistance, mises en oeuvre au domicile de l'assuré, pour couvrir les conséquences d'une maladie, d'un accident ou d'un décès.

10.1 PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

L'assuré bénéficie de la Garantie d'Assistance d'AGRICA :

- dès la date de prise d'effet de la garantie Frais de Santé AGRICA,
- dès l'entrée du participant dans le groupe assuré,
- et, dans le cas de l'Option Confort Facultatif, dès son affiliation à celle-ci.

La Garantie d'Assistance cesse tous ses effets en cas de résiliation de la garantie Frais de Santé AGRICA, en cas de sortie du groupe assuré du participant ou en cas de dénonciation de l'Option 2, Confort Facultatif.

Dans ces hypothèses, 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.

10.2 LIEU OU S'EXERCE LA GARANTIE

L'assuré bénéficie des prestations de la Garantie d'Assistance d'AGRICA :

- à son domicile situé en France métropolitaine, Principautés d'Andorre ou de Monaco,
- dans le monde entier, pour les garanties « d'Assistance aux personnes en déplacement professionnel » en cas de souscription de l'option 2,
- dans le monde entier, lors d'un déplacement, pour la garantie « Envoi de lunettes ou de prothèses auditives » en cas de souscription de l'option 1 ou de l'option 2.

10.3 LES CONDITIONS D'INTERVENTION DE LA GARANTIE

Seul l'appel téléphonique au moment de l'événement permet le déclenchement de l'assistance. Les prestations doivent être organisées par les soins de la Garantie d'Assistance d'AGRICA ou avec son accord.

RESPONSABILITÉ

La responsabilité de la Garantie d'Assistance d'AGRICA 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.

CADRE DE SON INTERVENTION

La Garantie d'Assistance d'AGRICA intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales.

La Garantie d'Assistance d'AGRICA ne peut, en aucun cas, se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

L'assuré doit permettre aux médecins de la Garantie d'Assistance d'AGRICA l'accès à toute information médicale concernant la personne pour laquelle la Garantie d'Assistance d'AGRICA intervient. Cette information sera traitée avec confidentialité et dans le respect du secret médical.

Mise en oeuvre de la garantie d'Assistance D'AGRICA

La Garantie d'Assistance d'AGRICA doit toujours faire l'objet d'une demande préalable. En tout état de cause, l'assistance qui n'a pas été demandée en cours de déplacement ou organisée par la Garantie d'Assistance d'AGRICA ou en accord avec elle, ne donne pas droit, a posteriori, à un remboursement ou à une indemnité compensatrice.

Pour les garanties Lit d'accompagnant, remboursement des frais de télévision et remboursement des frais de transfert téléphonique, l'appel préalable n'est pas nécessaire.

La Garantie d'Assistance d'AGRICA 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 de l'assuré.

Les garanties d'assistance n'auront vocation à s'appliquer que dans les cas où l'entourage de l'assuré ne pourra apporter à ce dernier l'aide requise par les circonstances.

En cas de décès, les garanties sont applicables immédiatement.

Les prestations de garde de personnes à charge sont effectuées dans une tranche horaire de 8 h 00 à 19 h 00 du lundi au vendredi, hors jours fériés, pour 2 heures minimum par jour.

CONTRÔLE DES DROITS INVOQUÉS

Pour bénéficier d'une prestation, la Garantie d'Assistance d'AGRICA peut demander à l'assuré de justifier de la qualité qu'il invoque et de produire, à ses frais, les pièces ou documents prouvant ce droit.

10.4 REMBOURSEMENT

Remboursement des titres de transport

Si un assuré n'a pas utilisé un ou des titres de transport, du fait de son retour d'urgence, la Garantie d'Assistance d'AGRICA lui demandera, dans le mois qui suit son retour, de lui adresser le montant du remboursement correspondant à ce(s) titre(s) sauf à lui justifier que ce(s) titre(s) n'est (ne sont) pas remboursable(s).

Remboursement de factures

La Garantie d'Assistance d'AGRICA remboursera, après accord express, à l'assuré sur présentation des originaux, les factures correspondant aux frais engagés et ce, sous réserve d'avoir contacté la Garantie d'Assistance d'AGRICA dans les délais impartis.

Ces demandes doivent être adressées à :

La Garantie d'Assistance d'AGRICA, MUTUAIDE ASSISTANCE 126 rue de la Piazza – CS 20010 – 93196 Noisy-le-Grand cedex

Modalités de mise en oeuvre de la garantie d'assistance d'agricola

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	De l'étranger
par téléphone	01 45 16 65 15	33 1 45 16 65 15 précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international
par fax	01 45 16 63 92 ou 01 45 16 63 94	33 1 45 16 63 92 ou 33 1 45 16 63 94 précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international

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.

10.5 DÉFINITIONS

La garantie d'assistance d'AGRICA organise

La Garantie d'Assistance d'AGRICA accomplit les démarches nécessaires à l'assuré pour avoir accès à la prestation.

La garantie d'assistance d'AGRICA prend en charge

La Garantie d'Assistance d'AGRICA finance la prestation.

Animal domestique

Tout animal généralement admis aux règlements de copropriété.

Domicile

Lieu de résidence principale de l'assuré en France Métropolitaine, Principautés d'Andorre ou de Monaco.

Hospitalisation

Séjour dans un établissement hospitalier (public ou privé) consécutif à un accident ou à une maladie. Les séjours en maternité d'une durée inférieure à 12 jours ne sont pas considérés comme une hospitalisation.

Hospitalisation à domicile

Alternative à une hospitalisation en établissement hospitalier, prescrite par un professionnel de santé. Cette hospitalisation à domicile n'est prise en compte pour le bénéfice de la Garantie d'Assistance d'AGRICA que dans la limite de 60 jours.

Hospitalisation imprévue

Tout séjour dans un hôpital ou une clinique dont la survenance n'était pas connue de l'assuré 5 jours avant son déclenchement, d'une durée supérieure à :

- 8 jours pour la garantie option 1 ;
- 5 jours pour la garantie option 2.

Immobilisation imprévue au domicile

Toute immobilisation du bénéficiaire au domicile sur prescription médicale à la suite d'un accident corporel ou d'une maladie soudaine et aiguë pour une durée de plus de

- 8 jours pour la garantie option 1 ;
- 5 jours pour la garantie option 2.

Maternité

Grossesse non pathologique, accouchement et ses suites.

La maternité n'est pas considérée comme une maladie ou un accident. Les séjours hospitaliers liés à cet état d'une durée inférieure à 12 jours sont pris en charge au titre de la maternité.

10.6 DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES A LA PRESTATION « ASSISTANCE AUX PARTICIPANTS EN DÉPLACEMENT PROFESSIONNEL » ASSISTANCE AUX AFFILIÉS EN DÉPLACEMENT PROFESSIONNEL

Ces garanties sont accordées suite à une maladie imprévisible, un accident ou à un décès, au seul participant, à l'exclusion de son conjoint ou concubin et de ses enfants, pour ses déplacements professionnels d'une durée de moins de 90 jours consécutifs, effectués à plus de 50 kilomètres de son domicile.

Pour l'application de ces garanties, on entend par :

Accident

Toute lésion corporelle provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident.

Bagages

Les effets et objets courants de voyage (maximum 20 kg).

Bénéficiaire

Le participant, affilié au contrat Frais de Santé AGRICA.

Déplacement professionnel

Déplacement pour raison professionnelle effectué à plus de 50 kilomètres du domicile et d'une durée inférieure à 90 jours.

Domicile

Lieu de résidence principale déclaré par le participant à son employeur, situé en France métropolitaine, en Principauté d'Andorre ou de Monaco.

Maladie

Toute altération de la santé médicalement constatée.

Maladie chronique

Maladie qui évolue lentement et se prolonge.

Maladie aiguë

Toute pathologie est dite aiguë jusqu'à ce que l'échec thérapeutique ne prouve pas le contraire.

Maladie grave

Maladie mettant en jeu le pronostic vital.

▼ 10.7 LES EXCLUSIONS DES GARANTIES D'ASSISTANCE D'AGRICOLA

Outre les exclusions mentionnées sur le contrat Frais de Santé AGRICOLA, est exclue de la présente convention la prise en charge des conséquences résultant d'actes intentionnels ou dolosifs de l'assuré.

Les prestations qui n'ont pas été organisées par les soins de la Garantie d'Assistance d'AGRICOLA ou avec son accord ne donnent pas droit a posteriori à un remboursement ou à une indemnité compensatrice.

Les prestations ne peuvent être accordées ni dans les pays en état de guerre, civile ou étrangère, déclarée ou non, ni dans les pays touchés par des tremblements de terre, éruptions volcaniques, raz de marée ou autres cataclysmes. Les prestations ne seront pas accordées pour couvrir les conséquences d'infractions à la législation française ou étrangère.

▼ 10.8 LES EXCLUSIONS DE LA PRESTATION « ASSISTANCE AUX PARTICIPANTS EN DÉPLACEMENT PROFESSIONNEL »

Les garanties de la prestation « Assistance aux participants en déplacement professionnel » ne s'appliquent pas dans les cas suivants :

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

- Les actes intentionnels ou dolosifs du participant et leurs conséquences ;
- Les prestations qui n'ont pas été demandées en cours de voyage et/ou qui n'ont pas été organisées par les soins de la Garantie d'Assistance d' AGRICOLA ou avec son accord ;
- Les conséquences et/ou dommages survenant dans les pays en état de guerre, civile ou étrangère, déclarée ou non, les pays touchés par des tremblements de terre, éruptions volcaniques, raz de marée ou autres cataclysmes ;
- Les conséquences et/ou dommages résultant d'infractions à la législation française ou étrangère ;
- L'utilisation par le participant d'appareils de navigation aérienne, d'engins de guerre et armes à feu ;
- La participation du participant à des paris, rixes (sauf cas de légitime défense) ;
- Les dommages consécutifs à des activités militaires ou paramilitaires.

EXCLUSIONS MÉDICALES

- Les transports primaires et leurs frais ;
- Les déplacements d'une durée supérieure à 90 jours, et ce dès le premier jour ;
- Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas le participant de poursuivre son voyage ;
- Les conséquences des soins ou explorations délivrés pour convenance personnelle lors d'un déplacement et/ou ne présentant pas un caractère d'urgence ;
- La ou les affections ayant motivé un déplacement pour exploration et/ou traitement, y compris dans le cadre des cures thermales ;
- Les états de grossesse de plus de trois mois à compter de la date présumée de conception et ses suites ;
- Les interruptions de grossesse thérapeutiques ou non ;
- Les conséquences de soins néo et post-natals,
- Les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance ainsi que les infirmités préexistantes ;
- Les maladies psychiatriques (dépressions, psychoses, névroses, troubles psychologiques divers) connues auparavant, ainsi que les maladies ou déficiences mentales ;
- L'usage de médicaments ou de toute substance non ordonné médicalement, ainsi que l'abus d'alcool ;
- Le suicide ou la tentative de suicide, toute mutilation volontaire du participant ;
- Les maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat Santé et leurs conséquences ;

- Les frais de secours sur pistes et hors pistes ;
- Les frais de recherche en mer, en montagne et dans le désert.



	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

AGRICA PREVOYANCE représente AGRIC 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.groupagric.com