

SANTE

ENTREPRISE

CONDITIONS GÉNÉRALES

**CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE  
SANTÉ + COLLECTIF**



**AGRICA  
PRÉVOYANCE**

Proches par nature, engagés à vos côtés

# SOMMAIRE



<b>TITRE 1</b>	<b>PRÉAMBULE</b>	<b>5</b>
<b>TITRE 2</b>	<b>DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b>	<b>6</b>
ARTICLE 2.1	OBJET DU CONTRAT	6
ARTICLE 2.2	COMPOSITION DU CONTRAT	6
ARTICLE 2.3	ORGANISMES ASSUREURS	6
ARTICLE 2.4	DELEGATION DE GESTION	6
ARTICLE 2.5	GARANTIE ASSISTANCE	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 DÉCLARATION	8
ARTICLE 2.11	LUTTE CONTRE LA CORRUPTION	8
ARTICLE 2.12	LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	9
<b>TITRE 3</b>	<b>CONDITIONS D'EXECUTION DU CONTRAT</b>	<b>10</b>
ARTICLE 3.1	PRESENTATION DU CONTRAT	10
ARTICLE 3.2	ADHESION DE L'ENTREPRISE	10
ARTICLE 3.3	PRISE D'EFFET, DUREE ET RESILIATION DU CONTRAT	10
ARTICLE 3.4	MODIFICATION DU NIVEAU DE GARANTIES DU CONTRAT	11

ARTICLE 3.5	REVISION DU CONTRAT	11
ARTICLE 3.6	GROUPE ASSURE	11
ARTICLE 3.7	AFFILIATION ET ADMISSION DANS L'ASSURANCE	12
ARTICLE 3.8	CESSATION DE LA GARANTIE	14
ARTICLE 3.9	COMMUNICATION DES FRAIS DE GESTION	14
ARTICLE 3.10	RESTITUTION DE L'INDU	15
ARTICLE 3.11	COTISATIONS	15
ARTICLE 3.12	OBLIGATIONS DE L'INSTITUTION	16
ARTICLE 3.13	OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHERENTE	16
ARTICLE 3.14	OBLIGATIONS DU PARTICIPANT	16
<b>TITRE 4</b>	<b>COUVERTURE FRAIS DE SANTE</b>	<b>17</b>
ARTICLE 4.1	BENEFICIAIRES DES GARANTIES	17
ARTICLE 4.2	ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES	17
ARTICLE 4.3	MONTANT DES GARANTIES	17
ARTICLE 4.4	REGLEMENT DES PRESTATIONS	18
ARTICLE 4.5	LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIES	19
ARTICLE 4.6	CONTROLE DES PRESTATIONS	19
ARTICLE 4.7	ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES	19
<b>TITRE 5</b>	<b>PORTABILITE DES DROITS</b>	<b>20</b>
ARTICLE 5.1	BENEFICIAIRES	20
ARTICLE 5.2	OUVERTURE ET DUREE DES DROITS A PORTABILITE	20
ARTICLE 5.3	OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHERENTE	20
ARTICLE 5.4	OBLIGATIONS DE L'ANCIEN SALARIE	20
ARTICLE 5.5	PRESTATIONS	21
ARTICLE 5.6	CESSATION DE LA PORTABILITE	21

<b>TITRE 6</b>	<b>MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL</b>	<b>22</b>
<b>TITRE 7</b>	<b>DEFINITIONS COUVERTURE SANTE</b>	<b>23</b>
	ARTICLE 7.1 Définitions des intervenants au contrat	23
	ARTICLE 7.2 Définitions des termes propres au contrat	23
<b>TITRE 8</b>	<b>TABLEAUX DES MODULES</b>	<b>27</b>
<b>TITRE 9</b>	<b>GARANTIE ASSISTANCE</b>	<b>29</b>
	ARTICLE 9.1 Dispositions générales de la garantie assistance	29
	ARTICLE 9.2 Descriptif des prestations d'assistance	33
<b>TITRE 10</b>	<b>TABLEAU DES PRESTATIONS ASSISTANCE</b>	<b>37</b>

# PRÉAMBULE



Le contrat **Santé+** fait partie de la gamme santé Collective CPCEA.

Il s'agit d'un contrat sur-complémentaire santé qui renforce le régime complémentaire santé déjà mis en place dans l'entreprise : Régime frais de Santé de la Convention Collective Nationale de 1952, de l'Accord National du Paysage ou SantéA.

Les paramètres techniques, déterminés par l'Institution, sont communs à l'ensemble des entreprises adhérentes. Les résultats sont mutualisés, quelles que soient les modalités de souscription.

Il est assuré par CPCEA et est régi par le livre IX du Code de la Sécurité sociale.

Il est mis en oeuvre par le présent contrat.

Les présentes Conditions générales sont applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2023.

## 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 collectif a pour objet de garantir le remboursement total ou partiel des dépenses de santé en complément des prestations versées par le régime de Sécurité sociale et par un régime complémentaire santé collectif dans la limite des frais réellement engagés.

Il assure également des prestations d'assistance à destination des assurés pour couvrir les conséquences d'une hospitalisation ou d'une immobilisation suite à une maladie ou à un accident.

#### ARTICLE 2.2 COMPOSITION DU CONTRAT

Le contrat se compose :

1. des présentes Conditions générales ;
2. du bulletin d'adhésion valant engagement de l'entreprise de faire bénéficier l'ensemble des salariés appartenant au groupe assuré, des garanties définies au présent contrat ;
3. d'un certificat d'adhésion valant conditions particulières signé par CPCEA et confirmant la prise en compte de l'adhésion de l'entreprise.

#### ARTICLE 2.3 ORGANISMES ASSUREURS

Les garanties du contrat sont assurées par :

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

La garantie assistance est assurée par :

- **Mutuaide Assistance**, 126 rue de la Piazza, CS 20010, 93196 Noisy le Grand CEDEX , Société d'assurance régie par le Code des Assurances.

CPCEA et Mutuaide Assistance sont 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.

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

#### ARTICLE 2.4 DELEGATION DE GESTION

Pour les entreprises relevant de la CCN52 et pour les entreprises (hors DROM) relevant de l'Accord National du Paysage, le paiement des prestations frais de santé est déléguée à la Mutualité Sociale Agricole (MSA).

Pour les entreprises des DROM relevant de l'Accord National du Paysage, l'appel, le recouvrement des cotisations, le paiement des prestations et l'affiliation sont réalisés par CCMO Mutuelle.

Pour les entreprises adhérentes au contrat SantéA (Santé collective CPCEA), le paiement des prestations frais de santé est déléguée à CCMO Mutuelle.

## ARTICLE 2.5 GARANTIE ASSISTANCE

Le présent contrat propose une garantie « Assistance », dont la mise en œuvre et les modalités sont décrites en Annexe du présent contrat.

## 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 fautive 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 et/ou le délégataire de gestion, en tant que tiers payeurs.

## ARTICLE 2.8 PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

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

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

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

Sont traitées les catégories de données suivantes :

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

Ces données sont traitées pour les finalités suivantes :

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

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

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

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

Les destinataires des données sont :

- l'Institution et les services de celle-ci ;
- les personnes qui en raison de leurs fonctions sont habilitées à traiter les données et notamment les éventuels mandataires, délégués 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 œuvre.

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

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

Elles peuvent exercer leurs droits en s'adressant au Délégué à la Protection des Données par :

- courrier électronique à l'adresse : [dpo.blf@groupagricar.com](mailto:dpo.blf@groupagricar.com)
- ou par courrier postal à l'adresse : Groupe AGRICA - Direction Déléguée Maîtrise des Risques - 21, rue de la Bienfaisance -75382 Paris Cedex 08



## ARTICLE 2.9 RECLAMATIONS – MEDIATION

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

- soit par courrier à l'adresse suivante : CPCEA, Service Réclamations, 21 rue de la Bienfaisance 75382 Paris cedex 08 ;
- soit par courriel sur le site internet d'AGRICA, [www.groupagricar.com](http://www.groupagricar.com), en cliquant sur la rubrique « Contactez-nous » puis en sélectionnant le motif « Réclamation » dans la partie « Sujet de votre demande »

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

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

Dès lors, CPCEA 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](http://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 ou le délégué de gestion peut opérer une vérification des données ainsi communiquées.

**Toute déclaration intentionnellement fautive 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 LA CORRUPTION

L'entreprise adhérente s'engage tant pour elle-même que pour l'ensemble des personnes sous sa responsabilité ou agissant en son nom et pour son compte, pendant toute la

durée d'exécution du contrat, à respecter l'ensemble des lois, réglementations et normes afférentes à la lutte contre la corruption.

L'entreprise adhérente garantit que ni elle ni aucune personne sous sa responsabilité ou agissant en son nom et/ou pour son compte, n'a accordé ni n'accordera d'offre, de rémunération ou de paiement ou avantage d'aucune sorte, constituant ou pouvant constituer un acte ou une tentative de corruption, directement ou indirectement, en vue ou en contrepartie de l'attribution/l'exécution du contrat.

L'entreprise adhérente s'engage à informer immédiatement le Groupe AGRICA de toute mise en examen/enquête/condamnation ou procédure judiciaire engagée par toute autorité publique et relative à une violation des lois et réglementations afférentes à la lutte contre la corruption.



## ARTICLE 2.12

### 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

### CONDITIONS D'EXECUTION DU CONTRAT



#### ARTICLE 3.1 PRESENTATION DU CONTRAT

Le présent contrat propose 4 modules qui se combinent entre eux pour former 5 formules au choix de l'entreprise.

##### Les modules sont les suivants :

- Module Soins (prestations d'assistance incluses)
- Module Hospitalisation et transports (prestations d'assistance Transports incluses)
- Module Optique
- Module Dentaire

##### Les formules sont les suivantes :

- **Formule 1 :** Soins
- **Formule 2 :** Soins + Hospitalisation et transports
- **Formule 3 :** Soins + Optique
- **Formule 4 :** Soins + Dentaire
- **Formule 5 :** Soins + Hospitalisation et transports + Optique + Dentaire

Le détail des modules est présenté au titre 8 du présent contrat.



#### ARTICLE 3.2 ADHESION DE L'ENTREPRISE

Pour adhérer au présent contrat, l'entreprise doit adhérer antérieurement ou simultanément au régime frais de Santé de la Convention Collective Nationale de 1952, de l'Accord National du Paysage ou au contrat SantéA.

L'adhésion de l'entreprise au présent contrat est formalisée par la signature du bulletin d'adhésion sur lequel est précisé le choix de la formule correspondant à un type de garantie donné.

Le bulletin d'adhésion doit être signé et retourné par l'entreprise à l'Institution dans le délai maximal d'un mois suivant sa signature.

Dès réception du bulletin d'adhésion, l'Institution procède à l'enregistrement de l'adhésion de l'entreprise et lui confirme la prise en compte de celle-ci par l'envoi d'un certificat d'adhésion valant conditions particulières sur lequel figure :

- la formule souscrite,
- le taux de cotisation associé,
- le collègue assuré,
- la date de prise d'effet de l'adhésion,

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



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

##### ▼ 3.3.1 Prise d'effet

Le présent contrat prend effet à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit la réception du bulletin d'adhésion par l'Institution ou par le délégataire de gestion le cas échéant.

Toutefois, d'un commun accord, la date de prise d'effet peut être fixée à une date ultérieure, le 1<sup>er</sup> jour d'un mois civil.

Cette date est alors précisée sur le bulletin d'adhésion. Dans le cas d'un accord de branche, le contrat prend effet à la date d'entrée en vigueur dudit accord ou, ultérieurement, à la date

d'entrée de l'entreprise dans le champ d'application de l'accord ou le premier jour du mois civil qui suit la réception du bulletin d'adhésion.

### 3.3.2 Durée

Le présent contrat expire le 31 décembre de l'année en cours et se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année civile.

### 3.3.3 Résiliation

#### Résiliation annuelle

La résiliation de l'adhésion au contrat par l'entreprise adhérente ou par l'Institution s'effectue 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.

Dans le cas d'une résiliation par l'entreprise adhérente, le cachet de la poste, la date d'expédition du recommandé électronique ou la date figurant sur le récépissé actant de la demande de résiliation font foi du respect du préavis de deux mois.

La résiliation par l'Institution s'effectue par lettre recommandée avec accusé de réception, le cachet de la poste faisant foi du respect du délai de préavis.

#### Résiliation infra annuelle

Outre cette faculté de résiliation annuelle, l'entreprise adhérente peut, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion, résilier à tout moment le contrat selon les modalités prévues à l'article L 932-12-2 du Code de la Sécurité sociale telles que décrites ci-après. La résiliation du contrat prend alors effet un mois calendaire après que l'Institution ait reçu la notification par l'entreprise adhérente.

#### Modalités de résiliation annuelle ou infra-annuelle par l'entreprise adhérente

La résiliation par l'entreprise adhérente peut être effectuée, à son choix :

- par tout support durable. A cet effet, l'entreprise adhérente peut adresser une lettre « au service résiliation situé au 21 rue de la Bienfaisance, 75382 Paris cedex 08 » ou compléter le formulaire dédié mis à disposition sur son espace client privé et sécurisé sur le site internet [www.groupagric.com](http://www.groupagric.com) ;
- ou par déclaration faite au siège social de l'Institution contre remise d'un récépissé ;
- ou par acte extrajudiciaire ;
- ou lorsque l'Institution propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

L'Institution confirme par écrit la réception de la demande de résiliation effectuée par l'entreprise adhérente.

## ARTICLE 3.4

### MODIFICATION DU NIVEAU DE GARANTIES DU CONTRAT

Chaque année, à la date d'échéance du contrat, l'entreprise a la possibilité de changer de formule dans les conditions suivantes :

- possibilité de passage de la formule 1 à toute autre formule,
- possibilité de passage des formules 2, 3 ou 4 à la formule 5.

Ce changement, qui prend effet le 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante, est formalisé par la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion devant parvenir à l'Institution au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

En l'absence de changement de formule pendant 2 années consécutives, l'entreprise a la possibilité, à la date d'échéance du contrat, de changer pour la formule de son choix sans condition.

## ARTICLE 3.5

### REVISION DU CONTRAT

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

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

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 présent contrat.

L'entreprise adhérente pourra 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 ou par envoi recommandé électronique.

La résiliation prendra alors effet le premier jour du mois civil suivant la date figurant sur l'accusé de réception ou sur l'envoi recommandé électronique.

## ARTICLE 3.6

### GROUPE ASSURE

Le groupe assuré est constitué par la ou les catégorie(s) de personnel définie(s) et indiquées sur le bulletin d'adhésion.

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



## ARTICLE 3.7

### AFFILIATION ET ADMISSION DANS L'ASSURANCE

Doivent être obligatoirement affiliés au présent contrat les salariés présents et futurs répondant à la définition du groupe assuré, tel que défini dans le bulletin d'adhésion et déjà affiliés au sein de l'entreprise au contrat santé complémentaire socle.

#### Affiliation des participants

L'affiliation du participant s'effectue auprès de l'Institution ou du délégataire de gestion au moyen du bulletin d'affiliation ou via la DSN (Déclaration Sociale Nominative), ou à défaut, via une déclaration de l'entreprise.

L'affiliation et l'admission dans l'assurance 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 postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat.

#### Affiliation des ayants droit

Si l'entreprise adhère à Santé+ en complément du Régime Frais de santé de la Convention Collective Nationale de 1952 ou de l'Accord National du Paysage, l'affiliation et l'admission dans l'assurance des ayants droit sont obligatoires et prennent effet :

- à la date de prise d'effet de l'affiliation du participant ;
- à la date de survenance de l'événement engendrant un changement de la situation familiale du participant tel que défini au titre « Définitions couverture santé », dûment déclaré à l'Institution dans le délai de 30 jours suivant l'événement. Hors ce délai, l'affiliation prend effet le premier jour du mois qui suit la déclaration.

Les participants et leurs ayants droit ouvrent droit aux prestations dès le premier jour d'affiliation.

#### Cas particulier du contrat complémentaire SantéA

Si l'entreprise adhère à Santé + en complément du contrat collectif SantéA, l'affiliation des ayants droit à titre facultatif (extension de garanties) peut être demandée par le participant dans les mêmes conditions que la demande d'extension des garanties du socle complémentaire santé :

- à la date de prise d'effet de l'affiliation du participant au présent contrat. Les ayants droit sont alors affiliés et admis dans l'assurance en même temps que le participant ;
- à tout moment en cours d'année. Les ayants droit sont alors admis dans l'assurance le premier jour du mois qui suit la demande ;
- à la date d'un changement de la situation familiale du participant tel que défini au titre « Définitions couverture santé », dûment déclaré à l'Institution dans le délai de 30 jours suivant l'événement. Hors ce délai, les ayants droit sont alors admis dans l'assurance le 1er jour du mois qui suit la demande.

L'extension de garanties peut être demandée uniquement au profit des ayants droit couverts par le contrat SantéA.

Les garanties sont accordées aux ayants droit, moyennant le versement d'une cotisation par le participant telle que définie à l'article « Montant des cotisations » des présentes Conditions générales.

Le participant a la faculté de dénoncer l'extension des garanties à ses ayants droit selon les modalités ci-après :

**Dénonciation annuelle**

La dénonciation de l'extension des garanties aux ayants droit par le participant s'effectue au moins deux mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours pour que l'extension des garanties à vos ayants droit cesse de produire ses effets au 31 décembre de cette même année.

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

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

**Dénonciation infra-annuelle**

Outre cette faculté de dénonciation annuelle, le participant peut, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de signature du bulletin d'affiliation, dénoncer à tout moment l'extension des garanties aux ayants droit selon les modalités prévues à l'article L 932-21-3 du Code de la Sécurité sociale telles que décrites ci-après.

La dénonciation de l'extension des garanties aux ayants droit prend alors effet un mois calendaire après que l'Institution ait reçu la notification par le participant.

**Dénonciation en cas de changement de situation familiale**

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

La dénonciation prend alors effet à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit l'événement.

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

La dénonciation par le participant peut être effectuée, à son choix :

- par tout support durable. A cet effet, le participant peut adresser une lettre « au service résiliation situé au 21 rue de la Bienfaisance, 75382 Paris cedex 08 » ou compléter le formulaire dédié mis à disposition sur son espace client privé et sécurisé sur le site internet [www.groupagricola.com](http://www.groupagricola.com),
- ou par déclaration faite au siège social de l'Institution contre remise d'un récépissé,
- ou par acte extrajudiciaire,
- ou lorsque l'Institution propose la souscription de l'extension des garanties aux ayants droit par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

L'Institution confirme par écrit la réception de la demande de dénonciation effectuée par le participant.

En cas de dénonciation, toute nouvelle demande d'extension des garanties aux ayants droit ne peut intervenir, au plus tôt, qu'à l'expiration d'un délai de deux ans.

**▼ 3.7.1 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.

Le participant doit demander la dispense d'affiliation par écrit à son employeur, au plus tard le 8 du mois précédant la mise en oeuvre de cette dispense.

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.

### ▼ 3.7.2 DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

#### Suspension du contrat de travail indemnisée

Les garanties prévues par le contrat sont maintenues pendant la période de suspension du contrat de travail, au participant ainsi qu'à ses ayants droit inscrits au contrat, lorsque :

- le participant est indemnisé au titre de l'incapacité temporaire et permanente de travail pour cause de maladie, accident de la vie privée, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle pris en charge par le régime de base des assurances sociales ;
- le participant bénéficie d'un revenu de remplacement versé par l'entreprise adhérente, notamment : en cas d'activité partielle, d'activité partielle longue durée ou en cas de congé de reclassement ou de congé de mobilité.

Dans ces situations, le versement des cotisations santé doit être effectué par l'entreprise adhérente et le participant pendant toute la période suspension du contrat de travail indemnisée, dans les conditions définies au présent contrat.

À titre exceptionnel, lorsque l'entreprise adhérente relève de l'Accord national du paysage, la garantie est maintenue y compris en cas de suspension du contrat liée à une incapacité permanente.

#### Suspension du contrat de travail pour une autre cause

En cas de suspension du contrat de travail non indemnisée par le régime de base de Sécurité sociale, le participant peut demander le maintien des garanties moyennant le versement complet de la cotisation correspondante (parts patronale et salariale) en vigueur à la date à laquelle la cotisation est due.

Dès réception de la lettre recommandée du participant annonçant à l'entreprise adhérente sa volonté d'exercer son droit à congé, celle-ci doit en informer l'Institution ou le délégataire de gestion en communiquant les nom, prénom, 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 ou le délégataire de gestion adresse au participant une demande de maintien qu'il doit lui retourner dûment complétée et signée.

À défaut d'information de l'Institution ou du délégataire de gestion par l'entreprise adhérente concernant le participant en situation de suspension de contrat de travail non indemnisée, l'entreprise adhérente sera tenue au paiement intégral des cotisations correspondantes.

### ▼ 3.7.3 CESSATION DE L'AFFILIATION

#### Du participant

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

- à la date à laquelle le participant cesse d'appartenir au groupe assuré ;
- à la date de la rupture du contrat de travail, quel qu'en soit le motif, étant précisé qu'en cas de cumul Emploi-Retraite, il s'agit de la date de rupture du contrat de travail au titre de l'activité cumulée avec sa retraite.

#### Des ayants droit

Outre les cas de dénonciation prévus au présent contrat, l'affiliation des ayants droit (obligatoire ou facultative) prend fin :

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

## ARTICLE 3.8 CESSATION DE LA GARANTIE

Les garanties frais de santé cessent :

- à la fin du mois au cours duquel intervient la cessation de l'affiliation du participant et/ou de ses ayants droit dans les conditions prévues à l'article précédent ;
- à la résiliation du présent contrat par l'entreprise adhérente ou par les partenaires sociaux signataires de l'accord de branche 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 vieillesse du participant par le 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 3.9 COMMUNICATION DES FRAIS DE GESTION

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

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

## **ARTICLE 3.10** **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.

## **ARTICLE 3.11** **COTISATIONS**

### ▼ **3.11.1 STRUCTURE TARIFAIRE**

Pour les entreprises relevant de la CCN52 ou de l'Accord National du Paysage, la cotisation est de type « uniforme » ou « famille », cela signifie qu'elle couvre le participant et sa famille, quelle que soit la composition de celle-ci.

Pour les entreprises adhérentes à SantéA, la cotisation est dépendante de la structure tarifaire choisie par l'entreprise pour le socle SantéA. La cotisation peut être de type « uniforme », avec affiliation obligatoire des ayants droit ou « adulte / enfant » avec affiliation obligatoire ou facultative des ayants droit ou encore « Isolé/Famille » avec affiliation obligatoire ou facultative des ayants droit.

### ▼ **3.11.2 MONTANT DES COTISATIONS**

Son montant varie selon la formule choisie par l'entreprise adhérente ou par les partenaires sociaux dans le cadre de l'accord de branche.

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

Sans préjuger des ajustements nécessaires à l'équilibre technique du régime, la cotisation (hors taxes) peut évoluer proportionnellement à la moyenne des taux d'accroissement des trois dernières années de l'indice national de la consommation médicale totale, sauf décision ponctuelle de la CPCEA.

### ▼ **3.11.3 MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS**

Les cotisations, obligatoires ou facultatives dans le cas du contrat socle SantéA, sont exigibles le 1<sup>er</sup> jour du trimestre civil suivant celui auquel elles se rapportent. Le versement de ces cotisations à l'Institution ou au délégataire de gestion, le cas échéant, doit être effectué dans le délai d'un mois à compter de la date d'exigibilité.

Dans le cas d'un choix d'extension de la garantie aux ayants droit par le participant, les cotisations de type facultatif sont à la charge exclusive du salarié. Elles sont précomptées sur sa fiche de paie et réglées dans les conditions prévues ci-dessus.

Les cotisations sont dues jusqu'à la date de la cessation d'affiliation du participant telle que définie à l'article « Cessation de l'affiliation » des présentes Conditions générales.

Chaque mois, l'entreprise doit procéder à la Déclaration Sociale Nominative (DSN) qui donnera lieu, le cas échéant après traitement par l'Institution, à une régularisation annuelle des cotisations au cours du 1<sup>er</sup> trimestre de l'année N+1.

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

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

### ▼ **3.11.4 DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS**

Le versement des cotisations prévues par le présent contrat est de la seule responsabilité de l'entreprise adhérente, même si une fraction de celles-ci est à la charge effective des participants.

Dans les cas de suspension du contrat de travail prévus au présent contrat, le paiement des cotisations est de la responsabilité du participant.

En cas de non-paiement des cotisations dans le délai imparti, il sera fait application de majorations de retard au taux de 0,9 % par mois de retard.

En tout état de cause, l'Institution ou le Délégué de gestion, le cas échéant, peut poursuivre le recouvrement des cotisations par toutes voies de droit, les frais engagés étant à la charge de l'entreprise adhérente. À défaut de paiement des cotisations dans les délais impartis, l'Institution ou le Délégué de gestion, le cas échéant, adresse à l'entreprise adhérente une mise en demeure, passé un délai de 10 jours, par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de mise en demeure restée infructueuse, passé un délai de 30 jours, l'Institution 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.

Par ailleurs, cette procédure est indépendante du droit pour l'Institution d'appliquer les majorations de retard à la charge exclusive de l'adhérent prévues ci-dessus et de poursuivre le recouvrement des cotisations par voie judiciaire.

## ARTICLE 3.12

### OBLIGATIONS DE L'INSTITUTION

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

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

## ARTICLE 3.13

### OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHERENTE

#### 3.13.1 A l'égard du participant

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

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

#### 3.13.2 A l'égard de l'Institution

L'entreprise adhérente s'oblige :

- à affilier l'ensemble des participants appartenant au groupe assuré ;

- à fournir les informations nécessaires à la détermination des cotisations ainsi que la liste des entrées et des sorties des participants ;
- à verser les cotisations selon les modalités définies ci-dessus ;
- 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 la dite déclaration des données de paramétrage transmises par l'Institution.

## ARTICLE 3.14

### OBLIGATIONS DU PARTICIPANT

Chaque participant s'oblige :

- à accepter le précompte des cotisations ;
- à fournir à l'Institution ou au délégataire de gestion les renseignements nécessaires à l'établissement de ses droits et obligations ;
- à retourner tous justificatifs demandés par l'Institution ou le délégataire de gestion afin de vérifier la persistance des droits.

## TITRE 4

### COUVERTURE FRAIS DE SANTE



#### ARTICLE 4.1 BENEFICIAIRES DES GARANTIES

Les bénéficiaires des garanties du présent contrat sont définis en fonction de la structure tarifaire choisie par l'entreprise adhérente et, le cas échéant, selon si le participant demande l'extension de familiale de ses garanties pour ses ayants droit.

La garantie est accordée au participant en activité ou en situation de suspension de son contrat de travail pour incapacité temporaire de travail, de maternité ou pour incapacité permanente de travail pour les salariés relevant l'Accord National du Paysage, ainsi qu'à ses ayants droit, affiliés dans les conditions définies au présent contrat.



#### ARTICLE 4.2 ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Les garanties entrent en vigueur à l'égard du participant, et le cas échéant, de ses ayants droit immédiatement, dès la prise d'effet de leur affiliation conformément aux dispositions du présent contrat.



#### ARTICLE 4.3 MONTANT DES GARANTIES

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

En cas de modifications législatives et/ou réglementaires, les remboursements seront automatiquement révisés 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 des garanties annexé au présent contrat.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale 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<sup>er</sup> janvier au 31 décembre, sauf exceptions prévues par la réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au tableau des garanties.

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

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par le régime de base. Cette prise en charge n'est pas obligatoire pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie. Néanmoins, elle peut être prévue au tableau des 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 énoncé à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, incluant le ticket modérateur et les remboursements effectués par le régime de base.

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



## ARTICLE 4.4

### REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations versées dans le cadre du présent contrat sont réglées directement au participant par le délégataire de gestion.

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 ou le délégataire de gestion délivre au participant une carte complémentaire qui devra lui être restituée lorsque le participant cesse de bénéficier dudit contrat.



## ARTICLE 4.5

### 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 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 ;
- 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 4.6

### CONTROLE DES PRESTATIONS

En cas de suspicion de fraude aux prestations, l'Institution ou le délégataire de gestion 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 ou le délégataire de gestion se réserve le droit de récupérer toutes prestations indûment réglées au participant.



## ARTICLE 4.7

### ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'exercent en France et à l'étranger quel que soit le pays dans lequel les dépenses 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.

## TITRE 5

### PORTABILITE DES DROITS

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

Si l'entreprise disposait de garanties frais de santé préalablement à l'entrée en vigueur du présent contrat, elle doit, dans un délai de trente jours suivant la souscription du contrat, informer le délégataire de gestion 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 5.1 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.

#### ARTICLE 5.2 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 5.3 OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHERENTE

L'entreprise adhérente doit informer l'Institution ou le délégataire de gestion de la cessation du contrat de travail du salarié susceptible d'ouvrir droit à la portabilité.

#### ARTICLE 5.4 OBLIGATIONS DE L'ANCIEN SALARIE

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'Institution ou du délégataire de gestion 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 ou le délégataire de gestion de la cessation du versement des allocations chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité.

## **ARTICLE 5.5** **PRESTATIONS**

---

Les prestations 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 5.6** **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 6

### MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL

#### 6.1 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 ou le délégataire de gestion 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 « adulte/enfant » 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 ou au délégataire de gestion 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.

#### 6.2 Aux ayants droit d'un participant décédé

En application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin », l'Institution ou le délégataire de gestion proposera aux ayants droit d'un participant décédé inscrits au contrat,

dans les 2 mois qui suivent la date de cessation des garanties collectives, et le cas échéant, à l'issue de la période de 12 mois mentionné à l'article « Maintien gratuit des garanties aux ayants droit d'un participant décédé », le maintien de leur couverture avec la structure tarifaire « adulte/enfant » 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 ou au délégataire de gestion au plus tard six mois après la date de cessation des garanties collectives.

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.

***En cas de changement d'organisme assureur, les contrats individuels souscrits en application de la loi « Evin » antérieurement à la résiliation du présent contrat seront transférés au nouvel assureur à compter de la date d'effet du nouveau contrat collectif.***

## TITRE 7

### DEFINITIONS COUVERTURE SANTE



#### ARTICLE 7.1

##### Définitions des intervenants au contrat

###### ENTREPRISE ADHÉRENTE

L'employeur ayant souscrit le présent contrat collectif.

###### PARTICIPANT

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

###### 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 corps ou non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée.

Sont assimilés au conjoint :

- le **cocontractant d'un PACS** : est assimilé au conjoint, la personne qui a conclu un Pacte Civil de Solidarité avec le participant conformément aux dispositions de l'article 515-1 et suivant du Code civil ;
- le **concubin** : il faut entendre la personne vivant en concubinage, selon les dispositions de l'article 515-8 du Code civil, avec le participant, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations, sous réserve que les concubins soient l'un et l'autre libres au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de PACS. Toutefois, la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'au moins un enfant est né de l'union ou a été adopté.

La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus.

###### Les enfants à charge:

Se référer à la définition des enfants à charge du contrat socle

###### CHANGEMENT DE SITUATION FAMILIALE

Sont considérés comme constituant un changement dans la situation familiale du participant, les événements suivants :

- le mariage, le concubinage, le PACS ;
- le divorce, la séparation de corps, la rupture des relations de concubinage, la dissolution du PACS ;
- la naissance ou l'adoption d'un enfant ;
- la perte de la qualité d'enfant à charge ;
- le décès d'un enfant à charge ou du conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin.

En cas d'adoption, de séparation de corps ou de divorce, la date de l'évènement à prendre en compte est celle du prononcé du jugement. En cas de conclusion ou de dissolution d'un PACS, la date de l'évènement à prendre en compte est celle de l'inscription sur le registre établi à cet effet au tribunal d'instance du lieu de résidence commune.



#### ARTICLE 7.2

##### Définitions des termes propres au contrat

###### 100% SANTE

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

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

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

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.

#### CURE THERMALE

Séjour dans un centre thermal afin de traiter certaines affections. Les cures thermales sont remboursées par le régime de base obligatoire sous certaines conditions. Elles doivent être prescrites par un médecin.

#### DÉPASSEMENT 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 qui n'est pas 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.

#### 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 RÉELS

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 (à savoir principalement les infirmiers, 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.

#### **MATERNITÉ**

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

#### **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...

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

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

**TICKET MODÉRATEUR**

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le régime de base (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 obligatoire de protection sociale et/ou les assureurs complémentaire santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient.

Synonyme : dispense d'avance des frais.

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

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

<http://www.unocam.fr>

## TITRE 8

### TABLEAUX DES MODULES

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 la Sécurité sociale : 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 de 100% santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optique et du plafond pour les aides auditives.

Les garanties du présent contrat sont réputées solidaires et responsables lorsqu'elles interviennent en complément d'un régime complémentaire santé respectant l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables

MODULE SOINS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultations médecines douces : acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie, étioopathie, psychologie, diététique, ergothérapie, psychomotricité, psychothérapie, micro - kinésithérapie, sophrologie, nutritionniste, micro - nutritionniste, pédicure - podologue.</li> </ul>	25 € par consultation limité à 10 consultations /an /famille
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de mesure de la densité osseuse non pris en charge par la Sécurité sociale (sur prescription)</li> </ul>	Crédit 50 € (1 acte remboursé /an /famille)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives, pris en charge par la Sécurité sociale</li> </ul>	100 % BR + crédit 150 € /an /famille
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale (sur prescription) (y compris vaccins, sevrage tabagique)</li> </ul>	80 € /an /famille
ASSISTANCE	Cf. au verso

MODULE HOSPITALISATION ET TRANSPORTS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confort hospitalier (téléphone, TV, Wi-Fi)</li> </ul>	60 € /an /famille
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frais d'accompagnant jusqu'aux 16 ans de l'enfant</li> </ul>	40 € /j limité à 60j /an /bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remise en forme à la suite d'une maternité : ostéopathie, cure thermale (dans les 6 mois qui suivent la naissance)</li> </ul>	100 € /maternité
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transports pris en charge par la Sécurité sociale</li> </ul>	200 % BR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transports non pris en charge par la Sécurité sociale (dans les trois mois qui suivent une hospitalisation d'au moins deux jours)</li> </ul>	50 € /trajet dans la limite de 4 trajets /an
ASSISTANCE TRANSPORTS : organisation de l'envoi d'un véhicule (ambulance, VSL, taxi conventionné ou non)	Cf. au verso

MODULE OPTIQUE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale (sur prescription) + produits de soins associés</li> </ul>	200 € /an /bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forfait prévention solaire adulte</li> </ul>	50 € /an /bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forfait prévention solaire enfant</li> </ul>	50 € /an /bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgie de l'œil</li> </ul>	400 € /œil /an /bénéficiaire

MODULE DENTAIRE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prothèses dentaires remboursées ou non par la Sécurité sociale y compris couronnes implantato - portées</li> </ul>	100 €/an/bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forfait prévention : vernis, blanchiment, curetage, surfaçage</li> </ul>	80 €/an/bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale</li> </ul>	150 €/an/bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantologie/parodontologie (dont greffe gingivale)</li> </ul>	400 €/an/bénéficiaire

BASE DE REMBOURSEMENT (BR) : tarif servant de référence au régime de base pour déterminer le montant de son remboursement

## TITRE 9

### GARANTIE ASSISTANCE



#### ARTICLE 9.1

#### Dispositions générales de la garantie assistance

##### 9.1.1 Objet de l'assistance

La garantie assurée par MUTUAIDE ASSISTANCE est proposée en inclusion du module Soins et du module Transport et hospitalisation. Elle comprend un ensemble de prestations mises en oeuvre :

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

##### 9.1.2 Bénéficiaires de l'assistance

- Les salariés couverts par le contrat Santé + ;
- Leurs ayants droit tels que définis au titre « Définitions ».

##### 9.1.3 Début et fin de la garantie assistance

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

##### 9.1.4 Définitions

###### L'assistance santé

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

###### Domicile

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

###### Événements garantis

Pour l'assistance santé :

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

Pour l'assistance aux personnes en déplacement :

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

###### Hospitalisation

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

## Immobilisation d'un bénéficiaire au domicile

L'état qui empêche le bénéficiaire d'exercer son activité habituelle et qui entraîne, à la suite d'une maladie ou d'un accident, son immobilisation au domicile pour une durée égale ou supérieure à 8 jours consécutifs, pour des raisons médicalement justifiées et prouvées.

## Atteinte corporelle grave

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

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

L'intoxication alimentaire est assimilée à un accident.

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

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

## Blessure

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

## Proche

Toute personne physique désignée par le bénéficiaire domiciliée :

- en France métropolitaine, principautés d'Andorre ou de Monaco si le bénéficiaire est domicilié en France métropolitaine, dans les principautés d'Andorre ou de Monaco ;
- dans le même territoire ou département d'outre-mer que vous le bénéficiaire est domicilié dans les DROM.

Par DROM (départements et régions d'outre-mer), on entend la nouvelle appellation des DOM-TOM depuis la réforme constitutionnelle du 17 mars 2003 venant modifier la dénomination des DOM-TOM et leur définition.

## L'assistance aux personnes en déplacement

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

## Déplacement garanti

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

## Franchise

100 km du domicile.

## Bagages

Les effets courants de voyage (maximum 20 kg).

MUTUAIDE ASSISTANCE organise :

- MUTUAIDE ASSISTANCE accomplit les démarches nécessaires pour accomplir la prestation.

MUTUAIDE ASSISTANCE prend en charge :

- MUTUAIDE ASSISTANCE finance le coût de la prestation.

### ▼ 9.1.5 Etendue territoriale de la garantie assistance

Pour l'assistance santé :

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

Pour l'assistance aux personnes en déplacement :

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

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

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

### ▼ 9.1.6 Modalités de mise en oeuvre de la garantie assistance

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

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

#### Déclenchement de la garantie

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

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

	DE FRANCE	DE L'ETRANGER
PAR TELEPHONE	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

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

### Eléments à communiquer

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

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

### Remboursements des frais engagés

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

MUTUAIDE ASSISTANCE
Service Gestion des Sinistres
126 rue de la Piazza
CS 20010
93196 Noisy le Grand cedex

### Contrôle

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

## 9.1.7 Limites de responsabilité

La responsabilité MUTUAIDE ASSISTANCE 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.

## 9.1.8 Limites et exclusions de la garantie assistance

La garantie assistance exclut :

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

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

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

Exclusions de l'assistance en déplacement :

- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical ou d'intervention de chirurgie esthétique ;
- les événements survenus après le 90<sup>e</sup> jour du déplacement ;
- les événements survenus lors d'un déplacement à moins de 100 km du domicile ;
- les frais engagés après le retour du voyage ou l'expiration de la garantie ;
- les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité du contrat, et notamment au-delà de la durée du déplacement prévu ;
- les frais liés aux excédents de poids des bagages, lors d'un transport par avion, et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec le bénéficiaire ;
- les maladies chroniques ;
- les frais médicaux et d'hospitalisation dans le pays de domicile du bénéficiaire, en France métropolitaine et dans les DROM ;
- les frais médicaux et d'hospitalisation dans le pays de domicile du bénéficiaire ;
- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et/ou qui n'empêchent pas le bénéficiaire de poursuivre son voyage ;
- les convalescences et les affections en cours de traitement non encore consolidées et comportant un risque d'aggravation brutale ;
- les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies et les frais en découlant ;
- les maladies et/ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation ambulatoire dans les 3 mois précédant la date du départ en voyage, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état ;
- les événements liés à un traitement médical ou à une intervention chirurgicale qui ne présenteraient pas un caractère imprévu, fortuit ou accidentel ;
- les services médicaux ou paramédicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant ;
- les frais de prothèse (optique, dentaire, acoustique, fonctionnelle) ;
- les frais de douane, de restauration, hôtellerie, sauf ceux précisés dans le texte des garanties.

Exclusions de l'assistance santé :

- l'hospitalisation du bénéficiaire pour une durée inférieure à 48 heures consécutives ;

- l'immobilisation du bénéficiaire pour une durée inférieure à 8 jours ;
- l'immobilisation de l'enfant du bénéficiaire pour durée inférieure à 3 jours ;
- les maladies chroniques ;
- l'invalidité ou l'infirmité préexistante ;
- les séjours en maison de repos et les frais en découlant ;
- les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant ;
- les maladies chroniques ;
- les frais de cure thermale, traitement esthétique, vaccination et les frais en découlant.

## 9.1.9 Traitement des réclamations

En cas de désaccord ou de mécontentement sur la mise en œuvre des garanties d'assistance de votre contrat, nous vous invitons à le faire connaître à MUTUAIDE Assistance en appelant le 01.45.16.65.11 ou en écrivant à [oquotidien@mutu-aide.fr](mailto:quotidien@mutu-aide.fr).

Si la réponse que vous obtenez ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez adresser un courrier à :

MUTUAIDE Assistance
Service Qualité Clients
126 Rue de la Piazza
CS 20010
93196 Noisy le Grand cedex

MUTUAIDE Assistance s'engage à accuser réception de votre courrier dans un délai de 10 jours ouvrés. Il sera traité dans les deux mois au plus.

Si le désaccord persiste, vous pouvez saisir la Médiation de l'Assurance par courrier à :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 PARIS cedex 09

## 9.1.10 Collecte des données

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 Janvier 1978, l'assuré reconnaît être informé que l'assureur, traite ses données personnelles et que par ailleurs :

- les réponses aux questions posées sont obligatoires et qu'en cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à son égard peuvent être la nullité de l'adhésion au Contrat d'assurance (article L 113-8 du Code des Assurances) ou la réduction des indemnités (article L 113-9 du Code des Assurances),

- Les destinataires des données le concernant sont principalement les collaborateurs de l'assureur mais aussi ses partenaires pour la mise en œuvre des garanties et les organismes professionnels habilités.

- En sa qualité d'organisme financier, l'assureur est soumis aux obligations légales issues principalement du code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, qu'à ce titre, il met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon ou à une mesure de gel des avoirs conformément à l'autorisation unique donnée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 16 Juin 2011.
- Ses données personnelles pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance que la CNIL a autorisé l'assureur à mettre en œuvre conformément à l'autorisation unique en date du 17 Juillet 2014 ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.
- En sa qualité d'assureur, il est fondé à effectuer des traitements de données relatives aux infractions, condamnations et mesures de sûreté soit au moment de la souscription du contrat d'assurance, soit en cours de son exécution ou dans le cadre de la gestion de contentieux conformément à l'autorisation unique donnée par la CNIL en date du 23 Janvier 2014.
- Les données personnelles pourront également être utilisées par l'assureur dans le cadre de traitements qu'il met en œuvre et dont l'objet est la recherche et le développement pour améliorer la qualité ou la pertinence de ses futurs produits d'assurance et offres de services.

Les données à caractère personnel le concernant peuvent être accessibles à certains des collaborateurs ou prestataires de l'assureur établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne. L'assuré pourra également demander une communication de ces renseignements et exercer son droit d'accès et de rectification sur l'ensemble des données le concernant en s'adressant au correspondant Relais Informatique et Libertés - MUTUAIDE ASSISTANCE 126 rue de la Piazza 93196 Noisy le Grand Cedex.

## ARTICLE 9.2

### Descriptif des prestations d'assistance

Les prestations d'assistance proposées par le contrat sont résumées au tableau annexé ci-après.

#### ▼ 9.2.1 Informations et services santé

##### Informations pratiques et juridiques

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

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

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

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

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

##### Recherche et envoi d'un professionnel de santé

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

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

##### Réservation d'un lit en milieu hospitalier

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

##### Mise en relation avec un médecin

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

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

##### Soutien psychologique

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

MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge une aide psychologique en mettant le bénéficiaire en relation téléphonique avec un psychologue dans la limite de 6 entretiens téléphoniques par personne et par événement.

## ▼ 9.2.2 Assistance de l'enfant malade

### Garde des enfants

À la suite d'un problème médical imprévu constaté par un certificat médical, un des enfants du bénéficiaire doit garder la chambre pour une durée égale ou supérieure à 3 jours consécutifs, et le bénéficiaire ne peut rester à son chevet.

MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge, au choix, dès le premier jour de l'immobilisation :

- soit la garde de l'enfant au domicile par une personne qualifiée, dans la limite des contraintes locales, à concurrence de 30 heures maximum, réparties du lundi au vendredi (hors jours fériés), pour 2 heures minimum par jour, dans une tranche horaire de 8 h 00 à 19 h 00 ;
- soit un voyage aller-retour permettant à un proche de se rendre au domicile du bénéficiaire pour garder l'enfant, et ce, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales.

**Cette prestation est accordée 2 fois par an et par enfant.**

## ▼ 9.2.3 Assistance en cas d'hospitalisation (prévue ou imprévue)

Les prestations d'assistance détaillées ci-dessous sont acquises aux bénéficiaires, dès le premier jour d'hospitalisation dans un établissement de soins, pour une durée égale ou supérieure à 48 heures consécutives.

### Accompagnement administratif et social

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

### Garde des enfants de moins de 16 ans

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

- soit la garde des enfants au domicile par une assistante maternelle, dans la limite des contraintes locales, à concurrence de 20 heures maximum par événement, réparties du lundi au vendredi (hors jours fériés) pour 2 heures minimum par jour, dans une tranche horaire de 8 h 00 à 19 h 00. L'assistante maternelle se chargera, le cas échéant, de la conduite des enfants à l'école ;
- soit un voyage aller-retour permettant à un proche de se rendre au domicile du bénéficiaire pour garder les enfants, et ce, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales ;
- soit le transport aller-retour des enfants, accompagnés par une hôtesse le cas échéant, jusqu'au domicile d'un proche désigné par le bénéficiaire.

**Cette prestation est accordée 1 fois par an.**

### Garde des ascendants

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

- soit la venue d'une personne qualifiée au domicile pour en assurer la garde, dans la limite des contraintes locales, à concurrence de 20 heures maximum par événement, réparties du lundi au vendredi (hors jours fériés) pour 2 heures minimum par jour, dans une tranche horaire de 8 h 00 à 19 h 00 ;
- soit un voyage aller-retour permettant à un proche de se rendre au domicile du bénéficiaire pour garder les ascendants, et ce, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales ;
- soit le transport aller-retour des ascendants jusqu'au domicile d'un proche, désigné par le bénéficiaire.

**Cette prestation est accordée 1 fois par an.**

## ▼ 9.2.4 Assistance au retour d'hospitalisation ou en cas d'immobilisation au domicile (prévue ou imprévue)

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

- dès le premier jour du retour au domicile, à la suite d'une hospitalisation d'une durée égale ou supérieure à 48 heures consécutives ;
- dès le premier jour d'une immobilisation au domicile d'une durée égale ou supérieure à 8 jours consécutifs.

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

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

**Cette prestation est accordée au maximum 2 fois par an.**

### Aide-ménagère

Le bénéficiaire, immobilisé au domicile, est dans l'impossibilité de remplir ses obligations domestiques. MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge, en fonction des disponibilités locales, la venue d'une aide-ménagère pour aider aux tâches quotidiennes (entretenir le domicile, préparer les repas ou effectuer les courses). Notre prise en charge ne peut excéder 30 heures au total, à raison de 2 heures consécutives minimum par jour (du lundi au vendredi, hors jours fériés, et dans une tranche horaire de 8 h 00 à 19 h 00), réparties dans les 30 jours, depuis le premier jour de l'immobilisation au domicile.

**La prestation est accordée au maximum 2 fois par an.**

Cette prestation n'est pas cumulable avec les garanties « recherche et livraison de repas » et « recherche et livraison de médicaments ». MUTUAIDE ASSISTANCE ne pourra en aucun cas se porter garant de la qualité des prestations et voir sa responsabilité engagée à ce titre.

### Recherche et livraison de repas

Le bénéficiaire, immobilisé au domicile, est dans l'impossibilité de préparer les repas ou d'effectuer les courses. MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge, dans la limite des contraintes locales, la livraison des repas au domicile de celui-ci, à raison d'une livraison par jour (comprenant un ou deux repas), pendant 15 jours. Le coût des repas reste à la charge du bénéficiaire.

#### Cette prestation est accordée 2 fois par an.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la garantie « aide ménagère ».

### Recherche et livraison de médicaments

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

#### Cette prestation est accordée 6 fois par an.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la garantie « aide ménagère ».

## 9.2.5 Assistance aux personnes en déplacement

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

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

MUTUAIDE ASSISTANCE peut procéder à l'avance des frais médicaux ou d'hospitalisation que le bénéficiaire doit engager hors de son pays de domicile, hors de France métropolitaine et hors des DROM, à hauteur de 7 500 € T.T.C. maximum par bénéficiaire, aux conditions cumulatives suivantes :

- les médecins de MUTUAIDE ASSISTANCE doivent juger, après recueil des informations auprès du médecin local, qu'il est impossible de rapatrier le bénéficiaire dans l'immédiat dans son pays de domicile ;
- les soins auxquels s'applique l'avance doivent être prescrits en accord avec les médecins de MUTUAIDE ASSISTANCE ;
- le bénéficiaire ou toute personne autorisée par lui doit :
  - s'engager formellement par la signature d'un document spécifique, fourni par MUTUAIDE ASSISTANCE, lors de la mise en oeuvre de la présente prestation ;

- engager les démarches de prise en charge des frais auprès des organismes d'assurance dans un délai de 15 jours, à compter de la date d'envoi des éléments nécessaires à ces démarches par MUTUAIDE ASSISTANCE ;
- effectuer les remboursements à MUTUAIDE ASSISTANCE des sommes perçues à ce titre de la part des organismes d'assurance, dans la semaine qui suit la réception de ces sommes.

Resteront uniquement à la charge de MUTUAIDE ASSISTANCE, et dans la limite du montant de prise en charge prévu pour la prestation, les frais non pris en charge par les organismes d'assurance. Le bénéficiaire doit communiquer à MUTUAIDE ASSISTANCE l'attestation de refus de prise en charge de ces organismes d'assurance, dans la semaine qui suit sa réception. Pour préserver ses droits ultérieurs, MUTUAIDE ASSISTANCE se réserve le droit de demander au bénéficiaire ou à ses ayants droit soit une empreinte de carte bancaire, soit un chèque de caution, soit une reconnaissance de dette limitée au montant de l'avance.

**À défaut d'avoir effectué les démarches de prise en charge auprès des organismes d'assurance dans les délais, ou à défaut de présentation à MUTUAIDE ASSISTANCE, dans les délais, de l'attestation de refus de prise en charge des organismes d'assurance, le bénéficiaire ne pourra en aucun cas se prévaloir de la prestation « avance des frais médicaux et d'hospitalisation » et devra rembourser l'intégralité des frais d'hospitalisation avancés par MUTUAIDE ASSISTANCE, qui engagera, le cas échéant, toute procédure de recouvrement utile, dont le coût sera supporté par lui.**

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

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

### Rapatriement d'un bénéficiaire malade ou blessé

Le bénéficiaire est malade ou blessé lors d'un déplacement garanti. MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge son rapatriement médical au domicile ou dans un établissement hospitalier proche de chez lui. Sur prescription de son médecin conseil, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un ou deux accompagnants à ses côtés. Seules les exigences d'ordre médical sont prises en considération pour arrêter la date du rapatriement, le choix du moyen de transport ou du lieu d'hospitalisation. La décision de rapatriement est prise par le médecin conseil de MUTUAIDE ASSISTANCE, après avis du médecin traitant occasionnel, et éventuellement du médecin de famille.

**Tout refus de la solution proposée par notre équipe médicale entraîne l'annulation de la garantie d'assistance aux personnes.**

### ▼ 9.2.6 Assistance transports (garantie incluse dans le module « Transport et hospitalisation »)

MUTUAIDE ASSISTANCE recherche, en fonction des disponibilités locales, un taxi ou un véhicule médicalisé (taxi conventionné, véhicule sanitaire léger ou ambulance) et organise l'envoi de ce véhicule au domicile du bénéficiaire.

Le coût du déplacement reste à la charge du bénéficiaire (et peut éventuellement faire l'objet d'un remboursement par le régime de base, le régime complémentaire santé et la garantie Santé +).

## TITRE 10

### TABLEAU DES PRESTATIONS ASSISTANCE

Pour bénéficier des services de l'assistance, le salarié devra, au moment de l'événement, contacter MUTUAIDE Assistance.

## TABLEAU DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE (par an et par bénéficiaire)

Les prestations d'assistance sont assurées par MUTUAIDE ASSISTANCE, Société d'Assurance régie par le Code des Assurances.

### ASSISTANCE (incluse dans le module Soins)

INFORMATIONS ET SERVICES SANTÉ	
• Informations pratiques et juridiques	Inclus
• Informations par téléphone sur les adresses des professionnels de santé proches du domicile	Inclus
• Recherche d'un professionnel de santé	Inclus
• Réservation d'un lit en milieu hospitalier	Inclus
• Mise en relation avec un médecin	Inclus
• Soutien psychologique en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile	6 entretiens par événement
ASSISTANCE DE L'ENFANT MALADE (durée minimale de l'immobilisation 3 jours)	
• Garde d'enfant malade ou venue d'un proche	Frais de garde : 30 heures ou frais de transport 2 fois par an par enfant
ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION (durée minimale de l'hospitalisation 2 jours)	
• Accompagnement administratif et social	Inclus
• Enfants mineurs de moins de 16 ans : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 20 heures ou frais de transport 1 fois par an
• Ascendants : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 20 heures ou frais de transport 1 fois par an
ASSISTANCE AU RETOUR D'HOSPITALISATION OU EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE (durée minimale de l'hospitalisation 2 jours ou de l'immobilisation 8 jours)	
• Organisation et prise en charge de la venue d'un proche	Frais de transport 2 fois par an
• Aide-ménagère	30 heures réparties sur 30 jours 2 fois par an
• Recherche et livraison de repas*	1 livraison par jour pendant 15 jours 2 fois par an
• Recherche et livraison de médicaments*	6 livraisons par an
ASSISTANCE EN CAS DE DÉPLACEMENT EN FRANCE OU À L'ÉTRANGER	
• Avance de frais médicaux (à l'étranger)	7500 € par événement
• Rapatriement médical (à plus de 100 km du domicile)	Frais de rapatriement par événement

### ASSISTANCE TRANSPORTS (incluse dans le module Transport et Hospitalisation)

• Organisation de l'envoi d'un véhicule (ambulance, VSL, taxi conventionné ou non) sur simple appel téléphonique	Inclus
--	--------

\* Garanties non cumulables avec l'aide-ménagère.

**Service disponible 7 jours sur 7 – 24 heures sur 24 – par téléphone**  
**depuis la France 01 45 16 65 15**  
**depuis l'étranger au 00331 45 16 65 15**



**AGRICA PREVOYANCE représente CPCEA**  
Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, 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 - 784 411 134 00033 - Membre du GIE AGRICA GESTION - RCS Paris n°493 373 682 - Siège social - 21 rue de la Bienfaisance 75008 Paris