

Santé +

Notice d'information



Titre 1 — Dispositions générales	4
ARTICLE 1 – 1 OBJET DU CONTRAT	4
ARTICLE 1 – 2 PRÉSENTATION DU CONTRAT	4
ARTICLE 1 – 3 ORGANISMES ASSUREURS	4
ARTICLE 1 – 4 DÉLÉGATION DE GESTION	4
ARTICLE 1 – 5 DURÉE DU CONTRAT	4
ARTICLE 1 – 6 GROUPE ASSURÉ	4
ARTICLE 1 – 7 AFFILIATION ET PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE	4
ARTICLE 1 – 8 CESSATION DE L'AFFILIATION	5
ARTICLE 1 – 9 DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	5
ARTICLE 1 – 10 OBLIGATIONS DE VOTRE EMPLOYEUR	6
ARTICLE 1 – 11 VOS OBLIGATIONS	6
Titre 2 — Cotisations	7
ARTICLE 2 – 1 MONTANT DES COTISATIONS	7
ARTICLE 2 – 2 MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS	7
ARTICLE 2 – 3 DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	7
Titre 3 — Garantie santé	7
ARTICLE 3 – 1 BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE	7
ARTICLE 3 – 2 ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE	7
ARTICLE 3 – 3 MONTANT DE LA GARANTIE	7
ARTICLE 3 – 4 LIMITES ET EXCLUSIONS DE LA GARANTIE	8
ARTICLE 3 – 5 ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE	8
ARTICLE 3 – 6 RÈGLEMENT DES PRESTATIONS ET CONTRÔLE	8
ARTICLE 3 – 7 CESSATION DE LA GARANTIE	8
ARTICLE 3 – 8 MAINTIEN DE LA GARANTIE AU TITRE DE LA PORTABILITÉ	8
ARTICLE 3 – 9 MAINTIEN DE LA GARANTIE SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL	9
Titre 4 — Garanties assistance	10
ARTICLE 4 – 1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES DE LA GARANTIE ASSISTANCE	10
ARTICLE 4 – 2 DESCRIPTIF DES GARANTIES ASSISTANCE	13
ARTICLE 4 – 3 PRESCRIPTION	17
ARTICLE 4 – 4 FAUSSE DÉCLARATION	17
ARTICLE 4 – 5 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	17
ARTICLE 4 – 6 RÉCLAMATIONS – MÉDIATION	17
Titre 5 — Dispositions diverses	17
ARTICLE 5 – 1 RECOURS CONTRE LE TIERS RESPONSABLE	18
ARTICLE 5 – 2 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	18
Annexe 1 — Modalités relatives au contrat complémentaire santé socle	18
Annexe 2 — Tableau des garanties santé	20
Annexe 3 — Tableau des garanties assistance	21
Annexe 4 — Exemples de remboursements	22

Préambule

Le contrat Santé + est un contrat sur-complémentaire santé qui renforce le régime complémentaire déjà mis en place dans l'entreprise.

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

—
Elle est établie conformément aux dispositions de l'article L. 932-6 du Code de la Sécurité sociale.

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

Titre 1 — Dispositions générales

ARTICLE 1-1 Objet du contrat

Le contrat souscrit par votre employeur est un contrat sur-complémentaire santé à affiliation obligatoire, qui a pour objet :

- le remboursement total ou partiel des dépenses de santé en complétant les prestations versées par le régime de base et par un régime complémentaire santé (d'entreprise ou de branche), dans la limite des frais réellement engagés ;
- le service de prestations d'assistance en cas de maladie ou d'accident.

ARTICLE 1-2 Présentation du contrat

Le contrat est composé de 4 modules qui se combinent entre eux pour former 5 formules au choix de l'entreprise ou des partenaires sociaux de la branche.

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 en Annexe 2.

Pour connaître la formule dont vous bénéficiez, nous vous invitons à vous rapprocher de votre service du personnel.

ARTICLE 1-3 Organismes assureurs

La garantie sur-complémentaire santé est assurée par :

CPCEA

21, rue de la Bienfaisance

75382 PARIS Cedex 08

Institution de prévoyance, ci-après dénommée « l'Institution », régie par le Code de la Sécurité sociale.

La garantie assistance est assurée par :
MUTUAIDE ASSISTANCE – 8-14 avenue des Frères Lumière
94368 Bry-sur-Marne Cedex, SA au capital de 9 590 040 €
entièrement versé – Entreprise régie par le Code des assurances.

Les organismes assureurs sont soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 4, place de Budapest - CS 92459 75436 Paris Cedex 09 – 383 974 086 RCS Créteil.

ARTICLE 1-4 Délégation de gestion

Le délégataire de gestion est identique à celui de votre contrat complémentaire santé socle. Vous retrouverez le détail en Annexe 1.

ARTICLE 1-5 Durée du contrat

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

En tout état de cause, la résiliation du contrat complémentaire santé « socle » emporte automatiquement la résiliation du présent contrat.

ARTICLE 1-6 Groupe assuré

Vous devez obligatoirement être affilié au contrat dès lors que vous appartenez au groupe assuré tel que défini par votre employeur ou par l'accord de branche.

ARTICLE 1-7 Affiliation et prise d'effet de la garantie

Votre affiliation s'effectue :

- à la date de prise d'effet de l'adhésion de votre entreprise au contrat si vous êtes inscrit sur les registres du personnel au moment de l'adhésion et que vous appartenez au groupe assuré au moment de celle-ci ;
- à compter de votre date d'entrée dans le groupe assuré, notamment si vous êtes engagé postérieurement à la

date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au contrat.

Dans le cadre du contrat complémentaire SantéA et en cas de demande d'extension des garanties, l'affiliation de vos ayants droit prend effet :

- à la date de prise d'effet de votre affiliation si la demande se fait simultanément ;
- à une date ultérieure, le 1^{er} jour d'un mois civil suivant la demande ;
- à la date de survenance de l'événement (mariage, concubinage, PACS, naissance ou adoption d'un enfant) dûment déclaré à l'Institution dans un délai de 30 jours suivant l'évènement. Passé ce délai, l'affiliation de vos ayants droit prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la déclaration.

L'affiliation de vos ayants droit s'effectue au moyen du bulletin d'affiliation.

Vos ayants droit bénéficient des garanties immédiatement dès la prise d'effet de leur affiliation.

Vous avez la faculté de dénoncer l'extension des garanties à vos ayants droit :

- annuellement, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique adressé à l'Institution, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La dénonciation prend alors effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante ;
- en cours d'année, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique adressé à l'Institution dans les 30 jours qui suivent l'évènement, en cas de changement de votre situation familiale. La dénonciation prend alors effet à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit l'évènement.

En cas de dénonciation, toute nouvelle demande d'extension des garanties à vos ayants droit ne peut intervenir, au plus tôt, qu'à l'expiration d'un délai de 2 ans.

DISPENSES D'AFFILIATION

Sans préjudice des cas de dispenses 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 vous aura informé des conséquences de votre choix d'être dispensé. Dès lors, l'employeur doit vous indiquer que vous n'êtes pas redevable de la cotisation frais de santé et que vous ne bénéficierez pas des prestations, ni du droit à portabilité. Vous devrez compléter le formulaire de demande type mis à disposition par votre employeur prenant la forme d'une déclaration sur l'honneur indiquant notamment que vous reconnaissez avoir été informé en bonne et due forme. Lorsque la dispense prend fin ou n'est pas renouvelée, votre entreprise adhérente doit en informer l'Institution pour les entreprises relevant de la CCN 52 et pour les entreprises adhérentes à SantéA ou la MSA d'Alsace pour les entreprises relevant de l'Accord National du Paysage dans les plus brefs délais. Vous devez demander votre dispense d'affiliation par écrit à votre employeur, au plus tard le 8 du mois précédant la mise en œuvre de cette dispense.

Vous devez produire chaque année à votre employeur auprès duquel vous bénéficiez d'une dispense d'affiliation tous documents justifiant de la couverture frais de santé souscrite chez vos autres employeurs.

ARTICLE 1-8

Cessation de l'affiliation

Votre affiliation au contrat cesse :

- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir au groupe assuré tel que défini à l'article 1-6 ;
- sans préjudice du droit à portabilité à la date de la rupture de votre 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 de votre contrat de travail au titre de l'activité cumulée avec votre retraite.

L'affiliation de vos ayants droit (obligatoire ou facultative) prend fin :

- à la date de cessation de votre affiliation ;
- lorsqu'ils perdent la qualité d'ayants droit au sens de l'Annexe 1 de la présente Notice.

ARTICLE 1-9

Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

1. SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL POUR CAUSE DE MALADIE, MATERNITÉ OU ACCIDENT

Vous bénéficiez du maintien de votre garantie dès lors que vous êtes indemnisé par le régime de base au titre de l'incapacité temporaire de travail consécutive à une maladie,

un accident de la vie privée, une maternité, un accident du travail.

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

—

Durant cette période, les cotisations continuent à être dues. Elles doivent être versées dans les conditions prévues à l'article 2-2.

2. SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL POUR UNE AUTRE CAUSE

Vous pouvez conserver le bénéfice de la garantie, sous réserve d'en faire la demande et de vous acquitter de la totalité de la cotisation correspondante (parts salariale et patronale), dans les cas suivants :

- si vous bénéficiez d'un congé prévu par le Code du travail ou par votre convention collective ayant pour conséquence la suspension de votre contrat de travail, notamment en cas de congé sans solde, de congé parental, de congé pour création d'entreprise, etc. ;
- si le régime de base vous reconnaît un état d'incapacité permanente et que vous n'avez pas repris votre activité professionnelle.

—

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

—

Si vous ne demandez pas expressément le maintien de la garantie, celle-ci cessera le dernier jour du mois pour lequel la cotisation a été versée.

- à verser les cotisations selon les modalités définies ci-après ;
- à répondre aux questions de l'Institution relatives à l'application du contrat ;
- à fournir à l'Institution les éléments nécessaires à la gestion du présent contrat ou au délégataire de gestion, tel que défini en Annexe 1 ;
- l'entreprise adhérente devra respecter le dispositif légal relatif à la Déclaration sociale Nominative (DSN) à compter de sa date d'entrée en vigueur.

ARTICLE 1-11 Vos obligations

—

Vous vous engagez :

- à accepter le précompte des cotisations sur votre salaire ;
- à fournir à l'Institution les renseignements nécessaires à l'établissement de vos droits et obligations ou au délégataire de gestion, tel que défini en Annexe 1.

ARTICLE 1-10 Obligations de votre employeur

—

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

—

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

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

Titre 2 — Cotisations

ARTICLE 2-1 Montant des cotisations

—
La structure tarifaire de votre cotisation est identique à celle de votre contrat complémentaire socle, se reporter à l'Annexe 1.

—
Il s'agit d'une cotisation forfaitaire mensuelle, indépendante de votre rémunération.

—
Son montant varie selon la formule choisie par votre employeur ou par les partenaires sociaux de la branche dont relève votre employeur.

—
La cotisation est due dans son intégralité pour tout mois commencé, notamment si vous entrez dans le groupe assuré, si votre contrat de travail est suspendu ou rompu en cours de mois.

—
Sans préjuger des ajustements nécessaires à l'équilibre technique du régime, la cotisation (hors taxes) évolue 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.

ARTICLE 2-2 Modalités de paiement des cotisations

—
Excepté en cas de demande de maintien individuel prévu à l'article 1-9, le financement de la garantie est assuré conjointement par vous-même et par votre employeur.

Votre part de cotisation est directement précomptée sur votre fiche de paie par votre employeur. Ce dernier a la responsabilité du versement total des cotisations.

ARTICLE 2-3 Défaut de paiement des cotisations

—
À défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance et indépendamment du droit pour l'Institution d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de l'entreprise adhérente et de poursuivre en justice l'exécution du contrat, la garantie peut être suspendue par l'Institution 30 jours après la mise en demeure de l'entreprise adhérente, puis résiliée 10 jours plus tard.

Titre 3 — Garantie santé

ARTICLE 3-1 Bénéficiaires de la garantie

—
Les bénéficiaires de la garantie sont :

- vous-même, si vous êtes en activité ou si vous êtes indemnisé par le régime de base au titre de l'incapacité temporaire de travail consécutive à une maladie, un accident de la vie privée, une maternité, un accident du travail, une maladie professionnelle ou une incapacité permanente de travail si vous relevez d'une entreprise du Paysage ;
- vos ayants droit, tels que définis dans l'article 1-7.

ARTICLE 3-2 Entrée en vigueur de la garantie

1. À VOTRE ÉGARD

—
La garantie entre en vigueur immédiatement, dès la prise d'effet de votre affiliation, conformément aux dispositions de l'article 1-7.

2. À L'ÉGARD DE VOS AYANTS DROIT

—
La garantie entre en vigueur immédiatement, dès la prise d'effet de l'affiliation de vos ayants droit, conformément aux dispositions de l'article 1-7.

ARTICLE 3-3 Montant de la garantie

—
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.

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 figurant en Annexe 2 du 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^{er} janvier au 31 décembre.

Les prestations optiques « équipement, verres et monture » sont limitées à un équipement (2 verres et une monture) toutes les 2 années décomptées à partir de la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai est réduit à 1 an en cas d'évolution de la vue ou pour les enfants âgés de moins de 18 ans.

ARTICLE 3-4 Limites et exclusions de la garantie

De manière générale, ne sont pas pris en charge :

- les frais engagés, au titre d'actes exécutés avant la date d'entrée en vigueur des garanties ou après la cessation des garanties ;
- les frais résultants d'actes qui, bien qu'inscrits à la nomenclature des actes professionnels, ne sont pas pris en charge par le régime de base, sauf cas prévus au tableau de garanties figurant en Annexe 2 du présent contrat ;
- les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 3-5 Étendue territoriale de la garantie

La garantie frais de santé s'exerce 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 social de base français, sauf exceptions prévues au tableau des garanties.

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

ARTICLE 3-6 Règlement des prestations et contrôle

Les prestations prévues au contrat sont réglées directement par le délégataire de gestion de votre contrat, tel que défini en Annexe 1.

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

Si, intentionnellement, vous fournissez de faux renseignements ou usez de documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement, vous perdez tout droit aux garanties pour la demande de règlement en cause. En cas de récupération de la part du régime de base, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, l'Institution se réserve le droit de récupérer toutes prestations qui vous auront été indûment réglées.

ARTICLE 3-7 Cessation de la garantie

Sous réserve des dispositions relatives à la portabilité prévues à l'article 3-8 et au maintien de la garantie sous forme de contrat individuel défini à l'article 3-9, la garantie santé prend fin pour vous et pour vos ayants droit à la fin du mois de la cessation de votre affiliation telle qu'elle est prévue à l'article 1-8.

Plus précisément, à l'égard de vos ayants droit, les garanties cessent dès qu'ils perdent la qualité d'ayant droit telle que définie dans votre contrat complémentaire santé socle.

ARTICLE 3-8 Maintien de la garantie au titre de la portabilité

3-8-1. PRÉSENTATION DU DISPOSITIF

En cas de cessation de votre contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, vous pouvez bénéficier du maintien des garanties souscrites par votre employeur 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 prise d'effet du contrat.

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

3-8-2. BÉNÉFICIAIRES

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

- ne pas avoir été licencié pour faute lourde ;
- ouvrir droit à l'indemnisation par le régime de l'assurance chômage ;
- avoir été affilié et ouvrir droit aux garanties Frais de santé avant la rupture de votre contrat de travail.

Le bénéfice de votre couverture Frais de santé est étendu à vos ayants droit s'ils étaient déjà couverts avant la rupture de votre contrat de travail.

3-8-3. OUVERTURE ET DURÉE DE VOS DROITS À PORTABILITÉ

En tant qu'ancien salarié, vous pouvez ouvrir droit, sous conditions, aux prestations au titre de la portabilité, à compter de la date de rupture effective de votre contrat de travail. La durée du maintien des garanties est égale à la durée de votre dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de vos derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs dans votre entreprise. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite maximale de 12 mois.

3-8-4. VOS OBLIGATIONS

Pour bénéficier des prestations, vous devez justifier auprès de l'Institution, à l'ouverture ainsi qu'au cours de la période de portabilité, que vous remplissez les conditions requises. À ce titre, vous devez fournir une copie de votre certificat de travail et de votre attestation de prise en charge par l'assurance chômage.

Chaque mois, vous devez adresser une copie des attestations de paiement de Pôle emploi.

Vous devez informer l'Institution de la cessation du versement des allocations chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité.

—

3-8-5. PRESTATIONS

Les prestations qui vous sont accordées ainsi qu'à vos ayants droit, le cas échéant, au titre de la portabilité sont identiques à celles définies par le présent contrat pour les salariés en activité. Toute modification de ces prestations intervenant au cours de votre période de portabilité vous est applicable.

—

3-8-6. CESSATION DE LA PORTABILITÉ

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

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

—

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

de maintien de vos garanties au titre de la portabilité, le maintien de votre couverture dans le cadre d'une souscription à un contrat individuel, sans période probatoire ni questionnaire ou examen médical, sous réserve que vous répondiez à l'une des conditions suivantes :

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

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à l'Institution au plus tard 6 mois après la date de cessation de vos garanties.

—

Votre contrat individuel entrera en vigueur dès la date de cessation de vos garanties collectives, sous réserve du paiement par vos soins des cotisations depuis cette date.

À défaut, celui-ci entrera en vigueur au lendemain de votre demande d'adhésion.

—

2. EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès, en application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Évin », l'Institution proposera à vos ayants droit inscrits au contrat, dans les 2 mois suivant la date de cessation des garanties, le maintien de leur couverture dans le cadre d'une adhésion à un contrat individuel, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire.

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

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à l'Institution au plus tard dans les 6 mois qui suivent votre décès.

Le contrat individuel souscrit par vos ayants droit entrera en vigueur dès la date de cessation des garanties collectives, sous réserve du paiement des cotisations depuis cette date. À défaut, celui-ci entrera en vigueur au lendemain de leur demande d'adhésion.

—

Ces garanties sont maintenues pendant une durée minimale de 12 mois à compter de votre 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.

ARTICLE 3-9

Maintien de la garantie sous forme de contrat individuel

—

1. EN CAS DE RUPTURE DE VOTRE CONTRAT DE TRAVAIL

En application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Évin », si votre contrat de travail est rompu, l'Institution vous proposera, dans les 2 mois qui suivent la date de cessation de votre contrat de travail ou la fin de la période

Titre 4 — Garanties assistance

ARTICLE 4-1

Dispositions générales de la garantie assistance

1. OBJET DE L'ASSISTANCE

La garantie AGRICA ASSISTANCE 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 œuvre :

- à votre domicile, 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 d'hospitalisation sur place.

2. BÉNÉFICIAIRES

- vous-même en tant que salarié couvert par le contrat Santé + CPCEA,
- vos ayants-droit tels que définis en Annexe 1.

3. DÉBUT ET FIN DE LA GARANTIE

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

4. DÉFINITIONS

L'assistance Santé

L'assistance aux personnes comprend l'ensemble des prestations mises en œuvre à votre domicile, à la suite d'une hospitalisation ou d'une immobilisation au domicile.

Domicile

Votre lieu de résidence principal et habituel 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

- votre hospitalisation ou votre immobilisation au domicile ;
- immobilisation de votre enfant au domicile.

Pour l'assistance aux personnes en déplacement :

- maladie ou blessure vous empêchant de poursuivre votre 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 vous empêche d'exercer votre activité habituelle et qui entraîne, à la suite d'une maladie ou d'un accident, votre 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 vous, domiciliée :

- en France métropolitaine, principautés d'Andorre ou de Monaco si vous êtes domicilié en France métropolitaine, principautés d'Andorre ou de Monaco ;
- dans le même DROM que vous, si vous êtes 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 œuvre en cas d'événement garanti, lors d'un déplacement garanti.

Déplacements garantis

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

Franchise

100 km du domicile.

Bagages

Les effets courants de voyage (maximum 20 kg)

AGRICA ASSISTANCE organise :

AGRICA ASSISTANCE accomplit les démarches nécessaires pour accomplir la prestation.

AGRICA ASSISTANCE prend en charge :

AGRICA ASSISTANCE finance le coût de la prestation.

5. ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE**Pour l'assistance Santé :**

→ à votre domicile 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.

6. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE

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

En tout état de cause l'assistance qui n'a pas été organisée par AGRICA 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, vous ou votre représentant devez contacter AGRICA ASSISTANCE préalablement à toute intervention. Lors du premier appel, un numéro de dossier d'assistance vous sera communiqué. Vous devrez le rappeler systématiquement, lors de toutes relations ultérieures avec le service assistance.

Pour contacter AGRICA ASSISTANCE 7 jours sur 7 – 24 heures sur 24

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

AGRICA 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 votre état de santé et de votre environnement familial.

Les garanties d'assistance n'ont vocation à s'appliquer que dans les cas où votre entourage ne peut vous apporter l'aide requise par les circonstances.

Éléments à communiquer

Vous ou votre représentant devez fournir les informations suivantes, lors de chaque appel :

- l'identifiant du contrat ;
- ses nom et prénom ;
- son numéro de Sécurité sociale ;
- l'adresse de son domicile ;
- le cas échéant, les nom et prénom de la personne qui bénéficiera des prestations ;

- le lieu et le numéro de téléphone où le bénéficiaire ou son représentant peut être joint ;
- la nature de la demande.

Remboursement des frais engagés

AGRICA 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 :

AGRICA ASSISTANCE

Service Gestion des Sinistres
8-14 avenue des Frères Lumière
94368 BRY-SUR-MARNE Cedex

Contrôle

Pour ouvrir droit au bénéfice d'une prestation, AGRICA ASSISTANCE peut vous demander de justifier de la qualité invoquée et de produire, à vos frais, les pièces ou documents prouvant ce droit.

7. LIMITES DE RESPONSABILITÉ

La responsabilité d'AGRICA 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.

8. LIMITES ET EXCLUSIONS DE LA GARANTIE

Outre les exclusions prévues à l'article 3-8, la garantie Assistance exclut :

- les prestations qui n'ont pas été organisées par les soins d'AGRICA 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 surveillance spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où vous séjournez et/ou nationale de votre pays de domicile ;

- les conséquences d'actes dolosifs, de suicide ou de tentative de suicide ;
- les conséquences de toute mutilation volontaire du bénéficiaire ;
- les dommages provoqués intentionnellement par le bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou à une rixe, sauf en cas de légitime défense ;
- le montant des condamnations et leurs conséquences ;
- l'usage de stupéfiants ou de 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.

—
 AGRICA 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^e jour du déplacement ;
- les événements survenus lors d'un déplacement à moins de 100 km du domicile ;
- les frais engagés après le retour du voyage ou l'expiration de la garantie ;
- les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité du contrat, et notamment au-delà de la durée du déplacement prévu ;
- les 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 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, hôtel, 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 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.

ARTICLE 4-2**Descriptif des garanties assistance**

Les prestations d'assistance proposées par le contrat sont résumées au tableau de l'Annexe 3.

1. INFORMATIONS ET SERVICES SANTÉ**Informations pratiques et juridiques**

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

AGRICA ASSISTANCE recherche les informations pratiques à caractère documentaire destinées à vous orienter dans les domaines de la vie quotidienne. Les informations communiquées par AGRICA 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

AGRICA ASSISTANCE recherche et vous communique 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, AGRICA 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 votre médecin traitant, AGRICA ASSISTANCE réserve un lit dans le service hospitalier le plus proche de votre 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 vous souhaitez dialoguer avec un médecin, vous pouvez contacter AGRICA ASSISTANCE 24 h/24 qui organisera la mise en relation avec l'un d'eux. Vous pouvez obtenir des informations médicales ou des explications sur des pathologies.

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

Soutien psychologique

Vous êtes hospitalisé pour une durée égale ou supérieure à 48 heures, ou immobilisé au domicile pour une durée égale ou supérieure à 8 jours.

AGRICA ASSISTANCE organise une aide psychologique en vous mettant en relation téléphonique avec un psychologue, et prend en charge 6 entretiens téléphoniques maximum par personne et par événement.

2. ASSISTANCE DE L'ENFANT MALADE

Garde des enfants

À la suite d'un problème médical imprévu constaté par un certificat médical, un de vos enfants doit garder la chambre pour une durée minimale de 3 jours consécutifs, et vous ne pouvez pas rester à son chevet. AGRICA 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 8h00 à 19h00 ;
- **soit** un voyage aller-retour permettant à un proche de se rendre à votre domicile pour garder l'enfant, et ce, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales.

—

Cette garantie est accordée 2 fois par an par enfant.

3. ASSISTANCE CAS D'HOSPITALISATION (PRÉVUE OU IMPRÉVUE)

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

Garde des enfants de moins de 16 ans

Vous êtes hospitalisé et personne dans votre entourage immédiat ne peut se charger de la garde des enfants au domicile. AGRICA ASSISTANCE organise et prend en charge, au choix :

- **soit** la garde de l'enfant au domicile par une assistante maternelle, dans la limite des contraintes locales, à concurrence 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 à votre domicile pour garder l'enfant, et ce, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales ;
- **soit** le transport aller-retour du ou des enfants, accompagné par une hôtesse le cas échéant, jusqu'au domicile d'un proche, désigné par vous.

—

Cette garantie est accordée 1 fois par an.

Garde des ascendants

Vous êtes hospitalisé et personne dans votre entourage immédiat ne peut se charger de la garde des ascendants à votre charge. AGRICA 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 8h00 à 19h00;

- **soit** un voyage aller-retour permettant à un proche de se rendre à votre domicile 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 vous.

—
Cette garantie est accordée 1 fois par an.

Accompagnement administratif et social

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

4. ASSISTANCE AU RETOUR D'HOSPITALISATION OU EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE (PRÉVUE OU IMPRÉVUE)

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

- 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 vous souhaitez la présence d'un proche parent, AGRICA ASSISTANCE organise et prend en charge les frais de transport du proche jusqu'à votre chevet, et ce, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales.

—
Cette garantie est accordée au maximum 2 fois par an.

Aide-ménagère

Vous êtes immobilisé au domicile, et dans l'impossibilité de remplir les obligations domestiques.

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

—
Notre prise en charge ne peut excéder 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 8h00 à 19h00), réparties dans les 30 jours depuis le premier jour de l'immobilisation au domicile.

—
La garantie est accordée au maximum 2 fois par an.

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

—
AGRICA 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

Vous êtes immobilisé au domicile et dans l'impossibilité de préparer les repas ou d'effectuer les courses. AGRICA ASSISTANCE organise et prend en charge, dans la limite des contraintes locales, la livraison des repas à votre domicile, à raison d'une livraison par jour (comprenant un ou deux repas), pendant 15 jours.

—
Le coût des repas reste à votre charge.

Cette garantie est accordée 2 fois par an.

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

Recherche et livraison de médicaments

Vous êtes immobilisé au domicile et pas en mesure d'aller acheter vos médicaments.

Sur présentation d'une prescription médicale, AGRICA ASSISTANCE organise et prend en charge, dans la limite des contraintes locales, la recherche et la livraison à votre domicile des médicaments indispensables à votre traitement.

—
Le coût des médicaments reste à votre charge.

Cette garantie est accordée 6 fois par an.

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

5. ASSISTANCE AUX PERSONNES EN DÉPLACEMENT

Ces garanties sont accordées lorsque vous êtes malade ou blessé, lors d'un déplacement garanti.

AGRICA ASSISTANCE Intervient dans les conditions suivantes :

- avance des frais médicaux et d'hospitalisation (hors du pays de domicile).

AGRICA ASSISTANCE peut procéder à l'avance des frais médicaux ou d'hospitalisation que vous devez

engager **hors de votre pays de domicile, hors de France métropolitaine et hors des DROM**, à hauteur de 7 500 € TTC maximum par bénéficiaire, aux conditions cumulatives suivantes :

- les médecins d'AGRICA ASSISTANCE doivent juger, après recueil des informations auprès du médecin local, qu'il est impossible de vous rapatrier dans l'immédiat dans votre pays de domicile ;
- les soins auxquels s'applique l'avance doivent être prescrits en accord avec les médecins d'AGRICA ASSISTANCE.
- Vous ou toute personne autorisée par vous doit :
 - s'engager formellement par la signature d'un document spécifique, fourni par AGRICA ASSISTANCE lors de la mise en œuvre de la présente prestation ;
 - engager les démarches de prise en charge des frais auprès des organismes d'assurance dans le délai de 15 jours, à compter de la date d'envoi des éléments nécessaires à ces démarches par AGRICA ASSISTANCE ;
 - effectuer les remboursements à AGRICA 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 AGRICA 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. Vous devez communiquer à AGRICA 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, AGRICA ASSISTANCE se réserve le droit de vous demander ou à vos 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 AGRICA ASSISTANCE, dans les délais, de l'attestation de refus de prise en charge des organismes d'assurance, vous ne pourrez en aucun cas vous prévaloir de la prestation Avance des frais médicaux et d'hospitalisation et devrez rembourser l'intégralité des frais d'hospitalisation avancés par AGRICA ASSISTANCE, qui engagera, le cas échéant, toute procédure de recouvrement utile, dont le coût sera supporté par vous.

Pour le cas où AGRICA ASSISTANCE ferait l'avance des fonds à hauteur des montants exprimés ci-dessus, vous vous engagez 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 AGRICA Assistance sont dans tous les cas remboursables et exigibles dès votre retour dans votre pays de domicile, et dans un délai de 3 mois à compter de l'avance des fonds.

Rapatriement d'un bénéficiaire malade ou blessé

Vous êtes malade ou blessé lors d'un déplacement garanti. AGRICA ASSISTANCE organise et prend en charge votre rapatriement médical au domicile ou dans un établissement hospitalier proche de chez vous.

Sur prescription de son médecin conseil, AGRICA ASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un ou deux accompagnants à vos 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 d'AGRICA 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.

6. ASSISTANCE TRANSPORTS (GARANTIE INCLUSE DANS LE MODULE TRANSPORT ET HOSPITALISATION)

AGRICA 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 à votre domicile.

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

Titre 5 — Dispositions diverses

ARTICLE 5-1 Prescription

Toute action relative aux garanties de votre régime est prescrite dans les conditions de l'article L. 932-13 du Code de Sécurité sociale, à compter de l'évènement qui y donne naissance :

- par 2 ans en ce qui concerne l'appel de cotisations ;
- par 2 ans en ce qui concerne la garantie frais de santé.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la CPCEA en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

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

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

Il s'agit notamment de :

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

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestation ;
- l'envoi d'une **lettre recommandée avec accusé de réception ou l'envoi recommandé électronique** adressé

par l'Institution à l'entreprise adhérente en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant à l'Institution en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 5-2 Fausse déclaration

Les déclarations faites tant par votre employeur que par vous-même servent de base à la garantie.

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

Toute déclaration intentionnellement fautive ou incomplète, toute réticence, omission ou inexactitude dans la déclaration du risque entraîne l'application des sanctions prévues par l'article L. 932-7 du 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 5-3 Informatique et Libertés

Les informations vous concernant sont destinées aux services de l'Institution et au(x) mandataire(s) pour les opérations déléguées.

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez demander, en justifiant de votre identité, communication et rectification, s'il y a lieu, de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier utilisé dans le cadre du présent contrat, par courrier au siège de l'Institution CPCEA – Correspondant Informatique et Libertés – 21, rue de la Bienfaisance, 75382 PARIS Cedex 08, ou par courriel à l'adresse suivante : cnil.blf@groupagricom.com.

ARTICLE 5-4 Réclamations – Médiation

En cas de désaccord persistant concernant le présent contrat, et en dehors de toute demande de renseignement ou d'avis, il est possible d'adresser une réclamation :

- **soit par courrier** au siège de l'Institution, service Réclamations, 21, rue de la Bienfaisance 75382 PARIS Cedex 08 ;

- **soit par courriel** sur le site Internet d'AGRICA www.groupagric.com en cliquant sur la rubrique « Une question, contactez-nous » puis en précisant le sujet de la demande « Faire une réclamation ».

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

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

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

Par la 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 Cambacérés, 75008 Paris ;
- **soit par voie électronique** sur le site Internet du CTIP, www.ctip.asso.fr, en cliquant sur la rubrique « Médiateur de la protection sociale » puis en complétant le formulaire de saisine en ligne.

ARTICLE 5-5

Recours contre le tiers responsable

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

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

ARTICLE 5-6

Lutte contre le blanchiment 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 votre identité ou concernant l'origine des fonds.

Annexe 1 — Modalités relatives au contrat complémentaire santé socle

CCN52

Déléataire de gestion	Gestion administrative des prestations : MSA locale
Déléataire de gestion Adresse	MSA locale
Définition des ayants droit	<p>Par enfants à charge, il faut entendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> → les enfants du participant (légitimes, adoptés ou reconnus, nés ou à naître) ; → les enfants qu'il a recueillis et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue ; → les enfants dont la qualité d'ayant droit du participant aura été reconnue par le régime de base de Sécurité sociale <p>Dès lors que ces enfants remplissent l'une des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> → être âgés de moins de 20 ans et, s'ils travaillent, que leur rémunération n'excède pas 55 % du SMIC ; → être âgés de moins de 28 ans, sous réserve qu'ils poursuivent leurs études ou qu'ils soient apprentis ou demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi et non indemnisés ; → quel que soit leur âge, lorsqu'ils sont invalides au sens de la législation sociale, si l'état d'invalidité a été constaté avant leur 21^e anniversaire.
Structure tarifaire	Uniforme , quelle que soit votre structure familiale.
Pièces justificatives pour le versement des prestations santé	<p>Pour obtenir le remboursement des frais de santé et hormis le cas de la télétransmission par le professionnel de santé, vous devez transmettre à votre MSA :</p> <p>Pour les salariés et leurs ayants droit relevant de la MSA :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Pour les conjoints et enfants à charge lors du 1^{er} envoi : <ul style="list-style-type: none"> • une photocopie de l'attestation papier accompagnant la carte vitale d'assuré social ; • une photocopie du livret de famille. → Dans tous les cas, y compris lors du 1^{er} envoi : <ul style="list-style-type: none"> • la feuille de maladie, complétée et signée ; • l'ordonnance médicale délivrée par le praticien ; • les factures justifiant du montant des frais réels. <p>Pour les ayants droit ne relevant pas de la MSA :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Lors du 1^{er} envoi : <ul style="list-style-type: none"> • une photocopie de l'attestation papier accompagnant la carte vitale d'assuré social ; • une photocopie du livret de famille. → Dans tous les cas, y compris lors du 1^{er} envoi : <ul style="list-style-type: none"> • les originaux des bordereaux de remboursement du régime social de base ; • les factures justifiant du montant des frais réels, s'ils n'apparaissent pas sur les décomptes du régime de base. <p>Autres documents</p> <p>Outre les pièces mentionnées ci-dessus, l'assuré doit faire parvenir dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> → hospitalisation : une facture indiquant de façon détaillée le montant du forfait hospitalier, les frais d'hospitalisation et, éventuellement, les frais pour lit d'accompagnement et pour chambre particulière ; → cure thermale : la facture détaillée des frais engagés ; → frais d'optique refusés : la notification de refus de prise en charge du régime social de base ainsi que la prescription médicale, afin de pouvoir définir la base de remboursement du régime social de base.

Certaines modalités du contrat Santé + collectif sont dépendantes du contrat complémentaire santé socle. Les contrats complémentaire santé socle concernés sont :

- CCN52
- Accord national du paysage
- SantéA

Accord National du paysage

SantéA

Affiliation, appel et recouvrement des cotisations et paiement des prestations : **MSA d'Alsace**.
Pour les participants des DROM, la gestion administrative des prestations : **CCMO Mutuelle**.

Gestion administrative des prestations :
CCMO Mutuelle

MSA d'Alsace

9 Rue de Guebwiller
68023 COLMAR Cedex

CCMO MUTUELLE

6, avenue du Beauvaisis - PAE du Haut Ville
CS 50993 - 60014 BEAUVAIS Cedex

Par enfants à charge, il faut entendre :

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

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

- être âgés de moins de 20 ans, et s'ils travaillent que leur rémunération n'excède pas 55 % du SMIC ;
- être âgés de moins de 28 ans, sous réserve qu'ils poursuivent leurs études ou qu'ils soient apprentis ou demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi et non indemnisés ;
- quel que soit leur âge, lorsqu'ils sont atteints d'un handicap tel qu'ils ne peuvent exercer une activité professionnelle rémunérée, à condition qu'ils soient titulaires d'une carte d'invalidité et que leur état d'invalidité ait été constaté avant leur 21^e anniversaire.

Par enfants à charge, il faut entendre :

- les enfants du participant (légitimes, adoptés ou reconnus, nés ou à naître) ;
- les enfants qu'il a recueillis et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue ;
- les enfants dont la qualité d'ayant droit du participant aura été reconnue par le régime de base de Sécurité sociale.

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

- être âgés de moins de 20 ans et, s'ils travaillent, que leur rémunération n'excède pas 55 % du SMIC ;
- être âgés de moins de 28 ans, sous réserve qu'ils poursuivent leurs études ou qu'ils soient apprentis ou demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi et non indemnisés ;
- quel que soit leur âge, lorsqu'ils sont invalides au sens de la législation sociale, si l'état d'invalidité a été constaté avant leur 21^e anniversaire.

Uniforme, quelle que soit votre structure familiale.

- **Uniforme** : une cotisation unique quelle que soit votre situation familiale
- **Adulte/enfant obligatoire ou facultatif** : une cotisation variant selon que vous soyez célibataire ou qu'il y ait au moins un de vos ayants droit
- **Isolé/famille obligatoire ou facultatif** : une cotisation unique vous couvrant et une cotisation additionnelle pour chaque ayant droit affilié

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

Pour les salariés et leurs ayants droit relevant de la MSA :

- Pour les conjoints et enfants à charge lors du 1^{er} envoi :
 - une photocopie de l'attestation papier accompagnant la carte vitale d'assuré social ;
 - une photocopie du livret de famille.
- Dans tous les cas, y compris lors du 1^{er} envoi :
 - la feuille de maladie, complétée et signée ;
 - l'ordonnance médicale délivrée par le praticien ;
 - les factures justifiant du montant des frais réels.

Pour les ayants droit ne relevant pas de la MSA :

- Lors du 1^{er} envoi :
 - une photocopie de l'attestation papier accompagnant la carte vitale d'assuré social ;
 - une photocopie du livret de famille.
- Dans tous les cas, y compris lors du 1^{er} envoi :
 - les originaux des bordereaux de remboursement du régime social de base ;
 - les factures justifiant du montant des frais réels, s'ils n'apparaissent pas sur les décomptes du régime de base.

Autres documents

Outre les pièces mentionnées ci-dessus, l'assuré doit faire parvenir dans les cas suivants :

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

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

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

Les prestations vous sont réglées :

- à partir des données fournies directement par le régime de base obligatoire (MSA, Sécurité sociale, etc.), lorsque vous avez accepté le télétraitement (sous réserve d'avoir fourni les justificatifs demandés au moment de votre affiliation ou en cas de changement de caisse de régime de base obligatoire) ;
- cette procédure vous dispense d'envoyer votre décompte à CCMO Mutuelle et accélère les délais de remboursement ;
- à partir des informations et justificatifs de dépenses suivants que vous transmettez à CCMO Mutuelle :
 - décomptes originaux du régime de base et des factures originales des professionnels de santé ainsi que des devis ou prises en charge éventuels ;
 - pièces justificatives spécifiques liées à l'allocation (maternité/adoption) ou au forfait (lentilles, chirurgie de la myopie, implantologie, etc.) prévu au tableau des garanties en Annexe 2.

Annexe 2 — Tableau des garanties santé

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

• Consultations médecines douces : acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie, étioopathie, psychologie, diététique	25 € par consultation limité à 5 consultations/an/famille
• Examen de mesure de la densité osseuse non pris en charge par la Ss (sur prescription)	Crédit 40 € (1 acte remboursé par an par famille)
• Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives, pris en charge par la Ss	100 % BR + crédit 150 €/an/famille
• Prothèses auditives remboursées ou non par la Ss (y.c. entretien et accessoires)	400 €/an/famille
• Pharmacie non remboursée par la Ss (sur prescription) (y.c. vaccins, sevrage tabagique)	80 €/an/famille
ASSISTANCE	Cf. au verso

MODULES TRANSPORTS ET HOSPITALISATION

• Confort hospitalier (téléphone, TV, Wi-Fi)	60 €/an/famille
• Frais d'accompagnant jusqu'aux 16 ans de l'enfant	40 €/j limité à 60 j/an/bénéficiaire
• Remise en forme à la suite d'une maternité : ostéopathie, cure thermale (dans les 6 mois qui suivent la naissance)	100 €/maternité
• Transports pris en charge par la Ss	200 % BR
• Transports non pris en charge par la Ss (dans les trois mois qui suivent une hospitalisation d'au moins deux jours)	4 trajets / 50 € par trajet
ASSISTANCE TRANSPORTS : organisation de l'envoi d'un véhicule (ambulance, VSL, taxi conventionné ou non)	Cf. au verso

MODULE OPTIQUE

• Lentilles remboursées ou non par la Ss (sur prescription) + produits de soins associés	200 €/an/bénéficiaire
• Forfait prévention solaire adulte	50€/an/bénéficiaire
• Forfait prévention solaire enfant	50€/an/bénéficiaire
• Chirurgie de l'œil	400 €/œil/an/bénéficiaire

MODULE DENTAIRE

• Prothèses dentaires remboursées ou non par la Ss ou prothèses y compris couronnes implantato-portées	100 €/an/famille
• Forfait prévention : vernis, blanchiment, curetage, surfaçage	80 €/an/famille
• Orthodontie non remboursée par la Ss	150 €/an/famille
• Implantologie/parodontologie (dont greffe gingivale)	400 €/an/famille

Annexe 3 — Tableau des garanties assistance

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 et envoi d'un professionnel de santé	Inclus
● Réservation d'un lit en milieu hospitalier	Inclus
● Mise en relation avec un médecin	Inclus
● Soutien psychologique en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile	6 entretiens par événement
Assistance de l'enfant malade (durée minimale de l'immobilisation 3 jours)	
● Garde d'enfant malade ou venue d'un proche	Frais de garde 30 heures ou frais de transport 2 fois par an par enfant
Assistance en cas d'hospitalisation (durée minimale de l'hospitalisation 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)	7 500 € 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.

Annexe 4 — Exemples de remboursements

Détail des prestations

	Remboursements				Reste à charge du salarié
	Somme engagée	Régime de base (Hors Alsace Moselle)	Régime complémentaire (CCN 52, Paysage ou SantéA)	Santé +	
Module Soins					
● Consultation d'acupuncteur	25 €	0 €	0 €	25 €	0 €
● Prothèse auditive (avec produits d'entretien)	1 600 €	119,80 €	1 178,9 €	301,30 €	0 €
Module Hospitalisation					
● 4 séances d'ostéopathie à la suite d'une maternité	100 €	0 €	0 €	100 €	0 €
● Trajet en taxi aller-retour pour se rendre à une consultation d'ophtalmologiste (sous conditions)	85 €	0 €	0 €	85 €	0 €
Module Dentaire					
● Implant dentaire	590 €	0 €	200 €	390 €	0 €

Ces exemples sont donnés à titre indicatif.



