

SANTE

SALARIÉS

NOTICE D'INFORMATION

**CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE
SANTÉ + COLLECTIF**



**AGRICA
PRÉVOYANCE**

Proches par nature, engagés à vos côtés

SOMMAIRE



TITRE 1	PRÉAMBULE	5
TITRE 2	DISPOSITIONS GÉNÉRALES	7
ARTICLE 2.1	Objet du contrat	7
ARTICLE 2.2	Présentation du contrat	7
ARTICLE 2.3	Organismes assureurs	7
ARTICLE 2.4	Délégation de gestion	7
ARTICLE 2.5	Garantie assistance	8
ARTICLE 2.6	Prescription	8
ARTICLE 2.7	Protection des données à caractère personnel	8
ARTICLE 2.8	Réclamation - Médiation	9
ARTICLE 2.9	Fausse déclaration	9
ARTICLE 2.10	Recours contre tiers responsable	9
ARTICLE 2.11	Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	9
TITRE 3	CONDITIONS D'EXÉCUTION DU CONTRAT	10
ARTICLE 3.1	Dispenses d'affiliation	10
ARTICLE 3.2	Durée	10
ARTICLE 3.3	Groupe assuré	10
ARTICLE 3.4	Affiliation et prise d'effet des garanties	10
ARTICLE 3.5	Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail	11
ARTICLE 3.6	Cessation de l'affiliation	12

ARTICLE 3.7	Cessation du droit aux garanties	12
ARTICLE 3.8	Vos obligations	12
ARTICLE 3.9	Obligations de votre employeur	12
ARTICLE 3.10	Restitution de l'indû	12
ARTICLE 3.11	Cotisations	12
TITRE 4	GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	14
ARTICLE 4.1	Bénéficiaires des garanties	14
ARTICLE 4.2	Entrée en vigueur des garanties	14
ARTICLE 4.3	Montant des garanties	14
ARTICLE 4.4	Règlement des prestations	15
ARTICLE 4.5	Limites et exclusions de la garantie frais de santé	16
ARTICLE 4.6	Etendue territoriale de la garantie frais de santé	16
ARTICLE 4.7	Contrôle des prestations	16
ARTICLE 4.8	Maintien sous forme de contrat individuel	16
TITRE 5	PORTABILITÉ DES DROITS	17
ARTICLE 5.1	Bénéficiaire	17
ARTICLE 5.2	Ouverture et durée des droits à portabilité	17
ARTICLE 5.3	Obligation de votre entreprise	17
ARTICLE 5.4	Vos obligations	17
ARTICLE 5.5	Prestations	18
ARTICLE 5.6	Cessation de la portabilité	18
TITRE 6	MODALITÉS RELATIVES AU CONTRAT COMPLÉMENTAIRE SOCLE	19
TITRE 7	TABLEAU DES MODULES	23

TITRE 8	GARANTIE ASSISTANCE	25	
	ARTICLE 8.1	Dispositions générales de la garantie assistance	25
	ARTICLE 8.2	Descriptif des prestations d'assistance	29
TITRE 9	TABLEAU DE GARANTIE ASSISTANCE	33	

PRÉAMBULE



Vous bénéficiez auprès de CPCEA d'un contrat sur-complémentaire santé collectif obligatoire, Santé+, souscrit par votre employeur 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 des précisions sur vos garanties, nous vous invitons à vous rapprocher de votre service du personnel.

IMPORTANT

**CE DOCUMENT EST
À COMPLÉTER ET À SIGNER
PAR LE SALARIÉ, PUIS À RE-
METTRE À VOTRE SERVICE
DU PERSONNEL.**

**ATTESTATION DE
RÉCEPTION DE LA NOTICE
D'INFORMATION**

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

reconnais avoir reçu la Notice d'information du contrat :

.....

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

RÉSERVÉ AU SALARIÉ

À

Le

Signature

TITRE 2

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 2.1 Objet du contrat

Le présent contrat collectif, souscrit par votre employeur, est une surcomplémentaire 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 collectif, dans la limite des frais réellement engagés ;
- le service de prestations d'assistance en cas de maladie ou d'accident.

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

ARTICLE 2.2 Présentation du contrat

Le contrat est composé de 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 en Annexe.

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

ARTICLE 2.3 Organismes assureurs

Les garanties du contrat sont assurées par :

- **CPCEA**, sise 21 rue de la Bienfaisance – 75382 Paris Cedex 08, Institution de prévoyance, régie par le Code de la Sécurité sociale, 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 Prudential 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 Délégation de gestion

Le délégataire de gestion est identique à celui de votre contrat complémentaire santé socle. Vous retrouverez le détail au Titre 6 de la présente notice d'information.

ARTICLE 2.5

Garantie assistance

Vous bénéficiez d'une garantie assistance proposée par Mutuaide Assistance et définie dans la présente notice d'information.

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

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

Il s'agit notamment de :

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

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

ARTICLE 2.7

Protection des données à caractère personnel

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

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

Sont traitées les catégories de données suivantes :

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

Ces données sont traitées pour les finalités suivantes :

- la gestion de la relation contractuelle et 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 votre espace privé du site internet.

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

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

Les destinataires des données sont :

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 2.8

Réclamation - Médiation

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

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

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

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

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

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

- soit par courrier au siège du CTIP (Centre Technique des Institutions de Prévoyance), 10 rue 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 2.9

Fausse déclaration

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

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

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

Les cotisations payées demeurent acquises à CPCEA.

ARTICLE 2.10

Recours contre tiers responsable

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

ARTICLE 2.11

Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Les opérations du présent contrat s'inscrivent dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme conformément aux articles L561-1 et suivants du code monétaire et financier.

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

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

TITRE 3

CONDITIONS D'EXÉCUTION DU CONTRAT

ARTICLE 3.1 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 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 oeuvre de cette dispense.

Vous devrez 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 3.2 Durée

Le contrat souscrit par votre employeur 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 votre employeur ou par CPCEA.

ARTICLE 3.3 Groupe assuré

Vous devez obligatoirement être affilié au contrat dès lorsque vous appartenez au groupe assuré tel que défini par votre employeur.

Dès l'entrée dans le groupe assuré, vous êtes dénommé « Participant ».

ARTICLE 3.4 Affiliation et prise d'effet des garanties

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 surcomplémentaire Santé+ 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 1er 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'événement. Passé ce délai, l'affiliation de vos ayants droit prend effet le 1er 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 selon les modalités ci-après :

Dénonciation annuelle

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

Vous pouvez 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, vous pouvez, 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 à vos ayants droit selon les modalités prévues à l'article L 932-21-3 du Code de la Sécurité sociale telles que décrites ci-après.

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

Dénonciation en cas de changement de situation familiale

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

La dénonciation prend alors effet à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit l'événement.

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

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

- par tout support durable. A cet effet, vous pouvez 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,
- ou par déclaration faite au siège social de l'Institution contre remise d'un récépissé,

- ou par acte extrajudiciaire,
- ou lorsque l'Institution propose la souscription de l'extension des garanties à vos ayants droit par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

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

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 deux ans.



ARTICLE 3.5

Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

3.5.1 En cas de suspension de votre contrat de travail indemnisée :

Vos garanties ainsi que celles de vos ayants droit inscrits au contrat sont maintenues pendant la période de suspension de votre contrat de travail, lorsque :

- Vous bénéficiez du versement d'indemnités journalières complémentaires ou d'une pension ou d'une rente complémentaire 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.
- Vous bénéficiez d'un revenu de remplacement versé par votre employeur, notamment : en cas d'activité partielle, d'activité partielle longue durée ou en cas de congé de reclassement ou de congé de mobilité.
- 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.

Dans ces situations, la cotisation frais de santé est due, dans les mêmes conditions que lorsque vous êtes en activité, pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

3.5.2 En cas de suspension de votre contrat de travail pour une autre cause :

En cas de suspension du contrat de travail résultant d'une incapacité permanente de travail ou d'un cas prévu par le code du travail ou par la convention collective :

- pour formation (congé individuel de formation) ;
- pour événements personnels ou familiaux (congé parental, congé de présence parentale, congé sabbatique...).

vous pouvez continuer à bénéficier des garanties frais de santé, sous réserve que vous en fassiez la demande à l'Institution et que vous régliez la totalité de la cotisation correspondante (part salariale et patronale).

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.

Dès réception de votre demande de maintien des garanties à votre employeur, celui-ci doit en informer l'Institution en communiquant vos nom, prénom, numéro de Sécurité sociale, et la date et le motif de la suspension du contrat de travail.

Le paiement de la cotisation relative au maintien de vos garanties fera l'objet d'un recouvrement direct auprès de vous par l'Institution.

Cette cotisation est due à compter du 1^{er} jour du mois du maintien de la garantie.

En l'absence de demande de maintien, les garanties cessent le dernier jour du mois civil pour lequel la cotisation a été versée.

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

ARTICLE 3.6

Cessation de l'affiliation

Votre affiliation au contrat cesse :

- à la date d'effet de la résiliation du présent contrat conclu entre votre employeur et l'Institution ;
- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir au groupe assuré tel que défini dans la présente notice d'information ;
- à la date de rupture de votre contrat de travail, quel qu'en soit le motif, étant précisé que si vous bénéficiez des dispositions légales applicables en matière 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.

Pour vos ayants droit :

Outre les cas de dénonciation prévus à l'article « Affiliation et prise d'effet des garanties » de la présente notice d'information, l'affiliation de vos ayants droit prend fin :

- dès que vous cessez d'être affilié au présent régime, pour quelle que cause que ce soit ;
- dès qu'ils perdent la qualité d'ayant droit.

La cotisation du mois au cours duquel l'évènement est intervenu, reste due

ARTICLE 3.7

Cessation du droit aux garanties

Vos garanties frais de santé cessent :

- à la fin du mois au cours duquel intervient la cessation de votre affiliation et/ou de celle de vos ayants droit (obligatoire ou facultative) dans les conditions prévues à l'article précédent ;
- à la résiliation du présent contrat par votre employeur ou par CPCEA.

En tout état de cause, la garantie cesse, pour vous-même et vos ayants droit, à la date de liquidation de votre pension vieillesse 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 s'opère toujours de plein droit et sans aucune formalité.

ARTICLE 3.8

Vos obligations

Vous vous obligez :

- à accepter le précompte des cotisations sur votre bulletin de paie ;
- à fournir à CPCEA ou au délégataire de gestion, le cas échéant, les renseignements nécessaires à l'établissement de vos droits et obligations, soit par l'intermédiaire de votre employeur, soit directement en cas de maintien des garanties sous forme de contrat individuel dans les conditions prévues à l'article « Maintien sous forme de contrat individuel » de la présente notice d'information.

ARTICLE 3.9

Obligations de votre employeur

Votre employeur doit vous remettre la présente notice d'information établie par CPCEA, décrivant vos garanties. Il doit également vous informer de toute évolution de celles-ci.

ARTICLE 3.10

Restitution de l'indû

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

ARTICLE 3.11

Cotisations

3.11.1 Montants des cotisation

La structure tarifaire de votre cotisation est identique à celle de votre contrat complémentaire socle, se reporter au Titre 6 de la présente notice d'information.

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

Son montant varie selon la formule choisie par 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 encours 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.

▼ 3.11.2 Modalités de paiement des cotisations

Excepté en cas de demande de maintien individuel prévu à l'article « Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail », 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.

▼ 3.11.3 Défaut des 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.

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

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 peut poursuivre le recouvrement des cotisations par toutes voies de droit, les frais engagés étant à la charge de votre entreprise.

À défaut de paiement des cotisations dans les délais impartis, l'Institution 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.

TITRE 4

GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 4.1

Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires de Santé+ 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 ;
- **vos ayants droit**, tels que définis dans la présente notice d'information.

ARTICLE 4.2

Entrée en vigueur des garanties

Vos garanties, et le cas échéant celles de vos ayants droit, entrent en vigueur immédiatement, dès la prise d'effet de l'affiliation, conformément aux dispositions de la présente notice d'information.

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 garanties seront automatiquement révisées dans les conditions et délais fixés par les textes.

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

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

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

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

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

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

- L'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par le régime de base. Cette prise en charge n'est pas obligatoire pour les frais de cure thermique, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie. Néanmoins, elle peut être prévue au tableau de garanties.
- L'intégralité du forfait patient urgences (FPU).
- La participation forfaitaire pour les actes mentionnés au I de l'article L.160-16 du Code de la sécurité sociale (forfait « actes lourds »).
- L'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale, sans limitation de durée, facturé uniquement par les établissements de santé et non par les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées, les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes ...).

- L'intégralité des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité pour les équipements du panier de soins 100% santé :

- En optique, à hauteur des prix limites de vente (PLV) des montures et des verres de classe A fixés par la liste des produits et prestations (LPP) ainsi que la prestation d'appairage et le supplément pour les verres avec filtre afférents à hauteur du PLV.
- En audiologie, à hauteur des PLV des aides auditives de classe I fixés par la LPP.
- Pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté à hauteur des Honoraires Limites de Facturation (HLF) fixés par la convention nationale dentaire du 21 juin 2018.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO), celle-ci s'effectue dans la double limite de 100% de la base de remboursement et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à un des dispositifs susvisés, minoré d'un montant au moins égal à 20% de la base de remboursement.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge d'équipements d'optique médicale (verres et monture) autres que ceux du panier de soins 100% santé, elle doit respecter les périodes définies pour le renouvellement ainsi que les planchers et plafonds énoncés à l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale, incluant le ticket modérateur et les remboursements effectués par le régime de base.

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

Règlement des prestations

Les prestations du régime frais de santé vous sont réglées **directement par le délégataire de gestion.**

Le présent contrat met à votre disposition, ainsi qu'à vos ayants droit inscrits au contrat, 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, le cas échéant, vous délivre une carte complémentaire (sous forme papier) qui devra lui être restitué(e) lorsque vous cessez de bénéficier dudit contrat.



ARTICLE 4.5

Limites et exclusions de la garantie frais de santé

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 de la présente notice d'information ;**

- 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.

ARTICLE 4.6

Etendue territoriale de la garantie frais de santé

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

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

ARTICLE 4.7

Contrôle des prestations

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

Si intentionnellement, vous fournissez de faux renseignements ou usez de documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement, vous perdez tout droit 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, CPCEA et/ou le délégataire de gestion se réservent le droit de récupérer toutes prestations qui vous auront été indûment réglées.

ARTICLE 4.8

Maintien sous forme de contrat individuel

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

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

individuel, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire, sous réserve que vous répondiez à l'une des conditions suivantes :

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

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

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.

4.8.2 A vos ayants droit, si vous décédez

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

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

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

TITRE 5

PORTABILITÉ DES DROITS

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

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

ARTICLE 5.1 Bénéficiaire

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

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

ARTICLE 5.2 Ouverture et durée des droits à portabilité

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

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

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

ARTICLE 5.3 Obligation de votre entreprise

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

ARTICLE 5.4 Vos obligations

Vous devez justifier auprès de l'Institution ou du délégataire de gestion à l'ouverture ainsi qu'au cours de la période de portabilité que vous remplissez les conditions requises.

A ce titre, vous devez fournir une copie de votre certificat de travail et de l'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 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 portabilité

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

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

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

TITRE 6

MODALITÉS RELATIVES AU CONTRAT COMPLÉMENTAIRE SOCLE

Certaines modalités du contrat Santé + collectif sont dépendantes du contrat complémentaire santé socle.

Les contrats complémentaire santé socle concernés sont :

- Convention Collective Nationale de 1952
- Accord national du paysage
- SantéA

CCN 52	
<ul style="list-style-type: none"> • Délégation de gestion 	Gestion administrative des prestations : MSA locale
Délégation de gestion Adresse	MSA locale
<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<ul style="list-style-type: none"> • Structure tarifaire 	Uniforme, quelle que soit la structure familiale
<ul style="list-style-type: none"> • 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.

ACCORD NATIONAL DU PAYSAGE

• Délégation de gestion	Affiliation, appel et recouvrement des cotisations et paiement des prestations : MSA locale Pour les participants des DROM, la gestion administrative des prestations : CCMO Mutuelle.
• Délégation 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, 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. <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 la 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.

SANTEA

• Délégation de gestion	Gestion administrative des prestations : CCMO Mutuelle.
• Délégation de gestion Adresse	CCMO MUTUELLE 6, avenue du Beauvaisis - PAE du Haut Ville CS 50993 - 60014 BEAUVAIS Cedex
• Définition des ayants droit	<p>Par enfants à charge, il faut entendre :</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 entretien. <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 s'ils sont étudiants, apprentis ou demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi et non indemnisés au titre du régime de l'assurance chômage ou s'ils effectuent une mission au titre du Service Civique (étendu jusqu'à 30 ans pour les jeunes en situation de handicap) ;• quel que soit leur âge, lorsqu'ils sont atteints d'un handicap tel qu'ils ne peuvent exercer aucune activité professionnelle rémunérée, à condition qu'ils soient titulaires d'une carte d'invalidité et que leur état d'invalidité ait été constaté avant leur 21^{ème} anniversaire.
• Structure tarifaire	<p>Uniforme : une cotisation unique quelle que soit votre situation familiale</p> <p>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</p> <p>Isolé/famille obligatoire ou facultatif : une cotisation unique vous couvrant et une cotisation additionnelle pour chaque ayant droit affilié</p>
• Pièces justificatives pour le versement des prestations santé	<p>Les prestations vous sont réglées :</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 :<ul style="list-style-type: none">• 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.

TITRE 7

TABLEAU DES MODULES

Les prestations du 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 L160-13 du Code de la sécurité sociale.

Il répond également aux exigences de prise en charge mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale, notamment : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré et médicaments homéopathiques), du forfait patient urgences, du forfait « actes lourds » et 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 qu'en dehors des paniers de soins 100% santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optiques et du plafond pour les aides auditives.

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

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

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, sauf exceptions prévues par la réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au présent tableau de garanties.

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

MODULE HOSPITALISATION ET TRANSPORTS	
<ul style="list-style-type: none"> • Confort hospitalier (téléphone, TV, Wi-Fi) 	60 € /an /famille
<ul style="list-style-type: none"> • Frais d'accompagnant jusqu'aux 16 ans de l'enfant 	40 € /j limité à 60j /an /bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> • Remise en forme à la suite d'une maternité : ostéopathie, cure thermale (dans les 6 mois qui suivent la naissance) 	100 € /maternité
<ul style="list-style-type: none"> • Transports pris en charge par la Sécurité sociale 	200 % BR
<ul style="list-style-type: none"> • Transports non pris en charge par la Sécurité sociale (dans les trois mois qui suivent une hospitalisation d'au moins deux jours) 	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"> • Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale (sur prescription) + produits de soins associés 	200 € /an /bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> • Forfait prévention solaire adulte 	50 € /an /bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> • Forfait prévention solaire enfant 	50 € /an /bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie de l'œil 	400 € /œil /an /bénéficiaire

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

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

TITRE 8

GARANTIE ASSISTANCE



ARTICLE 8.1

Dispositions générales de la garantie assistance

8.1.1 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.

8.1.2 Bénéficiaires de l'assistance

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

8.1.3 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

8.1.4 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.

▼ 8.1.5 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.

▼ 8.1.6 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.

8.1.7 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.

8.1.8 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^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 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 thermique, traitement esthétique, vaccination et les frais en découlant.

8.1.9 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 quotidien@mutuaide.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

8.1.10 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 CS 20010 - 93196 Noisy Le Grand Cedex.



ARTICLE 8.2

Descriptif des prestations d'assistance

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

8.2.1 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.

8.2.2 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.

8.2.3 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.

8.2.4 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 ».

8.2.5 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.

8.2.6 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 9

TABLEAU DE GARANTIE ASSISTANCE

Pour bénéficier des services de l'assistance, vous devez, 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