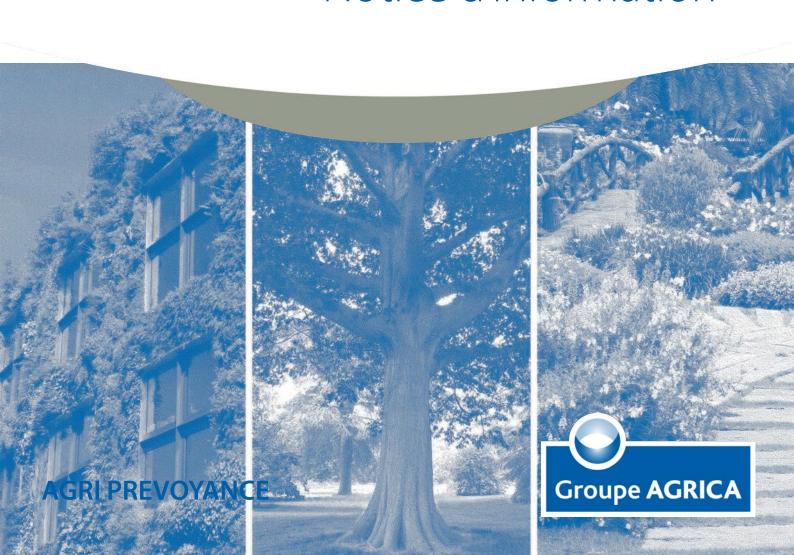
SALARIÉS

Convention Collective Nationale des entreprises du paysage Ouvriers et employés

Notice d'information



SOMMAIRE

TITRE 1	PRÉAMBULE		5
TITRE 2	PRESENTATION COMPLEMENT	ON DE VOTRE REGIME DE PROTECTION SOCIALE NTAIRE	6
	ARTICLE 2.1	OBJET DU CONTRAT	6
	ARTICLE 2.2	GROUPE ASSURE	6
	ARTICLE 2.3	DUREE	6
	ARTICLE 2.4	AFFILIATION ET PRISE D'EFFET	7
	ARTICLE 2.5	CESSATION DE L'AFFILIATION	8
	ARTICLE 2.6	CESSATION DU DROIT AUX GARANTIES	8
	ARTICLE 2.7	DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	8
	ARTICLE 2.8	COTISATIONS	9
	ARTICLE 2.9	RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE	9
	ARTICLE 2.10	PRESCRIPTION	9
	ARTICLE 2.11	PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	9
	ARTICLE 2.12	RECLAMATIONS - MEDIATION	10
	ARTICLE 2.13	FAUSSE DECLARATION	10
	ARTICLE 2.14	REPETITION DE L'INDU	11
	ARTICLE 2.15	LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	11
	ARTICLE 2.16	GARANTIE ASSISTANCE	11
	ARTICLE 2.17	RESEAU DE SOINS	11

TITRE 3	VOS GARAN	TIES DE PRÉVOYANCE	12
	ARTICLE 3.1	GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	12
	ARTICLE 3.2	GARANTIE INCAPACITE PERMANENTE DE TRAVAIL	13
	ARTICLE 3.3	REVALORISATION DES PRESTATIONS INCAPACITE DE TRAVAIL	13
	ARTICLE 3.4	CUMUL DES PRESTATIONS INCAPACITE DE TRAVAIL	13
	ARTICLE 3.5	CONTROLE MEDICAL DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL	14
	ARTICLE 3.6	CAPITAL DECES	14
	ARTICLE 3.7	RENTE EDUCATION	16
	ARTICLE 3.8	INDEMNITE FRAIS D'OBSEQUES	16
	ARTICLE 3.9	EXCLUSIONS DES GARANTIES DE PREVOYANCE	16
	ARTICLE 3.10	PORTABILITE DES DROITS	16
TITRE 4	VOTRE GARA	ANTIE FRAIS DE SANTE	17
	ARTICLE 4.1	OBJET	17
	ARTICLE 4.2	BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE	17
	ARTICLE 4.3	ENTREE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE	17
	ARTICLE 4.4	MONTANT DE LA GARANTIE	17
	ARTICLE 4.5	LIMITES ET EXCLUSIONS DE LA GARANTIE	17
	ARTICLE 4.6	ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE	18
	ARTICLE 4.7	REGLEMENT DES PRESTATIONS	18
	ARTICLE 4.8	CONTROLE DES PRESTATIONS	18
	ARTICLE 4.9	PORTABILITE DES DROITS	18
	ARTICLE 4.10	MAINTIEN GRATUIT DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTE AUX AYANTS DROIT D'UN PARTICIPANT DECEDE	18
	ARTICLE 4.11	MAINTIEN DE LA GARANTIE SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL	18

TITRE 5	MAINTIEN DES GARANTIES PREVOYANCE ET FRAIS DE SANTE AU	
	TITRE DE LA PORTABILITE	20
	ARTICLE 5.1 PRESENTATION DU DISPOSITIF	20
	ARTICLE 5.2 BENEFICIAIRES	20
	ARTICLE 5.3 OUVERTURE ET DUREE DES DROITS A PORTABILITE	20
	ARTICLE 5.4 OBLIGATIONS DE VOTRE ENTREPRISE	20
	ARTICLE 5.5 VOS OBLIGATIONS	20
	ARTICLE 5.6 PRESTATIONS	20
	ARTICLE 5.7 CESSATION DE LA PORTABILITE	21
TITRE 6	PIECES A FOURNIR POUR LE REGLEMENT DES PRESTATIONS	22
	ARTICLE 6.1 VERSEMENT DES PRESTATIONS D'INCAPACITE DE TRAVAIL	22
	ARTICLE 6.2 VERSEMENT DES PRESTATIONS DECES	22
	ARTICLE 6.3 VERSEMENT DES PRESTATIONS FRAIS DE SANTE	23
TITRE 7	DEFINITIONS DES AYANTS DROIT	24
TITRE 8	TABLEAU DES GARANTIES DE PREVOYANCE	25
TITRE 9	TABLEAUX DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTE	27
TITOE		
TITRE 10	EXEMPLES DE REMBOURSEMENT	30
TITRE 11	RESEAU DE SOINS	33
TITRE 12	GARANTIE ASSISTANCE	34
TITRE 13	GLOSSAIRE	13

PRÉAMBULE

La présente notice a pour objet de vous présenter les garanties de Prévoyance et de Frais de santé prévues par le chapitre VII de la Convention Collective Nationale des entreprises du Paysage du 10 octobre 2008.

Ce régime, unique et indissociable, entré en vigueur au 1er janvier 2015, a été mis en place dans le cadre de la Convention Collective Nationale des entreprises du Paysage en 2008 et réexaminé par les partenaires sociaux en 2018, donnant lieu à un nouvel avenant, l'avenant n°23, signé le 3 décembre 2018.

Les partenaires sociaux ont également recommandé AGRI PREVOYANCE comme organisme assureur des garanties.

FRAIS DE SANTE

Pour la France métropolitaine, AGRI PREVOYANCE délègue aux caisses de la Mutualité Sociale Agricole, l'appel des cotisations et le règlement des prestations.

Pour les DROM, AGRI PREVOYANCE délègue à :

- → CCMO Mutuelle, CS 50993, 6 avenue de Beauvaisis, PAE du Haut Villé, 60014 BEAUVAIS cedex, le versement des prestations complémentaires santé;
- → Groupe AGRICA, pour le compte d'AGRI PREVOYANCE, l'appel des cotisations.

PREVOYANCE

Pour la France métropolitaine, AGRI PREVOYANCE délègue l'appel des cotisations et le versement des prestations incapacité temporaire de travail aux caisses de la Mutualité Sociale Agricole. Le règlement des prestations incapacité permanente de travail et décès est effectué par le Groupe AGRICA, pour le compte d'AGRI PREVOYANCE.

Pour les DROM, l'appel des cotisations ainsi que le versement des prestations incapacité temporaire de travail et décès sont réalisés par le Groupe AGRICA, pour le compte d'AGRI PREVOYANCE.

PRESENTATION DE VOTRE REGIME DE PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE

ARTICLE 2.1

OBJET DU CONTRAT

Le régime de Prévoyance et de Frais de santé mis en place par les partenaires sociaux de la CCN des entreprises du Paysage a pour objet de vous assurer, dans les conditions exposées dans le titre 3 et le titre 4 de la présente notice :

- → le versement d'une indemnité journalière complémentaire en cas d'incapacité temporaire de travail consécutive à une maladie ou à un accident du travail:
- → le versement d'une rente mensuelle complémentaire en cas d'incapacité permanente professionnelle du participant consécutive à une maladie professionnelle ou à un accident du travail;
- le versement d'une pension d'invalidité en cas d'incapacité permanente consécutive à une maladie ou à un accident non professionnel;
- → le paiement d'un capital décès à vos bénéficiaires en cas de décès :
- → le paiement d'une rente annuelle d'éducation à vos enfants dont vous aviez la charge au jour de votre décès;
- → le paiement d'une indemnité obsèques si vous décédez ou en cas de décès de votre conjoint, de votre cocontractant d'un PACS, de votre concubin justifiant d'au moins deux ans de vie commune ou l'un de vos enfants à charge;
- le remboursement complémentaire de Frais de santé (frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation...) en cas de dépenses de santé consécutives à une maladie, maternité ou accident.

Votre affiliation à AGRI PRÉVOYANCE vous donne également accès à nos services d'action sociale.

Confronté à une situation difficile, vous pouvez bénéficier d'une aide, notamment dans les cas suivants :

- → accompagnement hospitalier;
- aide à la famille (enfants en difficulté, placements, vacances, bourse d'études);
- dettes engendrées par un problème de santé;
- → réinsertion professionnelle suite à un accident du travail.

En outre, les partenaires sociaux de la CCN des entreprises du Paysage ont mis en place des droits non contributifs au profit de certains participants.

À titre d'exemple :

- → vos avants droit bénéficient d'un maintien gratuit de la garantie santé lorsque vous décédez, et ce jusqu'à la fin des trois mois civils suivant la date de votre décès (article 4-10 de la présente Notice d'information);
- → lorsque vous êtes en arrêt de travail indemnisé par le régime obligatoire, vous bénéficiez, à compter d'un mois civil complet et pendant toute la période d'arrêt de travail indemnisé, du maintien gratuit de la garantie frais

Par ailleurs, vous pouvez bénéficier de la politique d'action sociale et de prévention décidée, chaque année, par les partenaires sociaux dont l'Institution se chargera de vous informer selon les décisions prises.

ARTICLE 2.2

GROUPE ASSURE

Le présent contrat bénéficie à l'ensemble des salariés non cadres (ouvriers et employés), présents et futurs, ne relevant pas de l'Accord du 15 juin 2012 relatif au régime des TAM et des cadres des entreprises du Paysage et des articles 4, 4 bis et de l'article 36 de l'annexe 1 de la CCN AGIRC du 14 mars 1947.

ARTICLE 2.3

DUREE

Le régime complémentaire de Prévoyance et de Frais de santé, tel que défini dans la Convention Collective Nationale des entreprises du Paysage, auguel vous êtes affilié, s'impose à votre employeur tant sur les garanties apportées que sur leur niveau.

Le présent régime résultant d'une obligation prévue dans une convention de branche, conformément à l'article L. 932-12 du Code de la Sécurité sociale, votre employeur ne peut remettre en cause son adhésion que dans les situations suivantes:

- → la cessation d'activité de votre entreprise ;
- le changement d'activité faisant sortir votre entreprise du champ d'application de la CCN des entreprises du Paysage;
- → le changement d'organisme assureur recommandé par les partenaires sociaux;
- la dénonciation du chapitre VII de la CCN des entreprises du Paysage décidée par les partenaires sociaux.

ARTICLE 2.4

AFFILIATION ET PRISE D'EFFET

Principe: Affiliation obligatoire

Vous êtes obligatoirement affilié au contrat mettant en oeuvre ce régime, dès lors que vous êtes présent dans l'entreprise au jour de son entrée en vigueur et que vous remplissez les conditions définies à l'article 2-2, y compris si vous reprenez une activité dans le cadre d'un cumul Emploi-Retraite.

→ Salariés de métropole

Votre affiliation prend effet:

- à la date de prise d'effet du contrat lorsque vous êtes inscrit sur les registres du personnel et que vous faites partie du groupe assuré;
- à compter de votre date d'entrée dans le groupe assuré lorsque vous êtes engagé postérieurement à la date de prise d'effet du contrat.

→ Salariés des DROM

Votre entreprise doit formaliser votre affiliation par l'envoi à AGRI PREVOYANCE d'un bulletin d'affiliation cosigné par votre employeur et vous-même. Celle-ci prend effet à la date de réception dudit bulletin.

En complément du bulletin d'affiliation, les pièces suivantes doivent être fournies :

- une photocopie de l'attestation papier accompagnant la carte vitale de la personne assurée (celle du participant, ainsi que celle de ses ayants droit s'ils ne sont pas mentionnés sur l'attestation du participant) ;
- une photocopie du livret de famille;
- un certificat de scolarité, un certificat d'apprentissage, une attestation de chômeur non indemnisé, une photocopie de la carte d'invalidité pour les enfants à charge tels que définis au Titre 7 de la présente notice d'information ;
- un relevé d'identité bancaire (pour le règlement des prestations).

Dans tous les cas, AGRI PREVOYANCE confirme votre affiliation par l'envoi d'un certificat d'affiliation.

Vous bénéficiez des prestations du contrat dès le premier jour de prise d'effet de votre affiliation.

Règles spécifiques pour la garantie frais de santé

Par dérogation au principe d'affiliation obligatoire, et sans préjudice des cas de dispense d'ordre public prévus par les textes législatifs et réglementaires en vigueur, vous pouvez choisir de renoncer à la garantie frais de santé si vous êtes dans l'une des situations suivantes :

- → vous bénéficiez de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L.863-1 du Code de la Sécurité sociale. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la fin de cette ouverture ou de cette aide.
- vous exercez votre activité à temps partiel ou vous êtes apprenti, dès lors que la part de votre cotisation frais de santé est égale ou supérieure à 10 % de votre rémunération brute.

Pour ce faire, vous devez effectuer votre demande de dispense d'affiliation à la garantie frais de santé par écrit auprès de votre employeur, au plus tard avant la fin du 1^{er} mois au cours duquel vous avez été embauché.

Toutefois, si la part de votre cotisation frais de santé vient à représenter moins de 10% de votre rémunération brute de façon pérenne (au moins 6 mois consécutifs), l'affiliation à la garantie frais de santé devient de nouveau obligatoire, vous devez alors être affilié et cotiser à l'assurance santé.

→ vous exercez une activité salariée au sein de plusieurs entreprises adhérentes au présent contrat.

La cotisation frais de santé est prélevée et versée uniquement par l'entreprise au titre de laquelle vous avez acquis le plus d'ancienneté, sauf si accord écrit entre vos entreprises et vous-même.

Pour ce faire, vous devez informer vos différents employeurs de votre situation et demander par écrit une dispense d'affiliation dans l'entreprise où votre ancienneté est la moins importante, au plus tard le 8 du mois précédant la mise en oeuvre de la dispense d'affiliation.

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 votre autre employeur.

→ votre conjoint, tel que défini au Titre 7 de la présente notice, et vous-même exercez votre activité au sein de la même entreprise.

L'un de vous est alors affilié en tant que salarié et l'autre en tant qu'ayant droit.

Dès lors, la cotisation frais de santé est due et versée uniquement par celui qui perçoit la rémunération brute la plus élevée.

Pour ce faire, vous devez informer par écrit votre employeur de votre demande de dispense d'affiliation, au plus tard le 8 du mois précédant la mise en oeuvre de la dispense d'affiliation.

Dans tous les cas évoqués ci-dessus, votre entreprise doit informer par écrit la caisse de la Mutualité Sociale Agricole (ou AGRI PREVOYANCE pour les salariés des DROM) de votre demande de dispense d'affiliation.

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

Vous devez indiquer dans votre demande de dispense que vous reconnaissez avoir été informé en bonne et due forme.

ARTICLE | 2.5

CESSATION DE L'AFFILIATION

Sans préjudice du droit à portabilité, votre affiliation au contrat cesse:

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

L'affiliation de vos ayants droit à la garantie frais de santé prend fin:

- à la date de cessation de votre affiliation ;
- lorsque vos ayants droit perdent leur qualité au sens du présent contrat.

ARTICLE 2.6

CESSATION DU DROIT AUX GARANTIES

Sans préjudice du droit à portabilité, les garanties de prévoyance prennent fin à la date de cessation de votre affiliation dans les conditions prévues ci-dessus.

Toutefois, la garantie décès vous est maintenue si vous êtes indemnisé au titre :

- → de la garantie incapacité temporaire de travail;
- → de la garantie incapacité permanente de travail.

En tout état de cause, elles cessent, excepté si vous bénéficiez des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi/Retraite, à la date de liquidation de la pension de vieillesse du régime de base de Sécurité sociale, y compris pour inaptitude au travail.

La cessation du droit aux garanties s'opère toujours de plein droit.

Les garanties frais de santé cessent de plein droit (sauf cas de maintien de la garantie prévus à l'article 4-11), tant à votre égard qu'à l'égard de vos ayants droit :

- → à la fin du mois au cours duquel vous cessez d'appartenir à la catégorie de salariés bénéficiaires du régime, à savoir lorsque vous perdez votre qualité d'ouvrier ou d'employé (par exemple, vous êtes promu technicien ou agent de maîtrise ou cadre);
- à la fin du mois au cours duquel vous cessez d'être au service de votre employeur, pour quelque cause que ce
- → à la fin du mois au cours duquel votre décès intervient.

Concernant plus spécifiquement vos ayants droit, la garantie cesse de plein droit dès la perte de cette qualité.

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

ARTICLE 2.7

DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE **TRAVAIL**

→ Votre contrat de travail est suspendu pour cause de maladie, maternité, accident

En cas de suspension de votre contrat de travail, vous bénéficiez du maintien de vos garanties de prévoyance et de frais de santé dès lors que vous êtes indemnisé par le régime de base au titre de l'incapacité temporaire ou permanente de travail consécutive à une maladie, un accident de la vie privée, une maternité, un accident du travail ou une maladie professionnelle. Durant cette période, vous êtes exonéré, ainsi que votre employeur, du versement des cotisations de prévoyance et de frais de santé pour tout arrêt de travail d'une durée d'un mois civil entier et tant que vous ne reprenez pas votre activité.

Votre contrat de travail est suspendu pour une autre cause

Si vous bénéficiez d'un congé prévu par le Code du travail ou votre convention collective ayant pour conséquence la suspension de votre contrat de travail, notamment en cas de congé sans solde, de congé parental, de congé pour création d'entreprise, etc., vous pouvez conserver la garantie frais de santé, sous réserve d'en faire la demande et de vous acquitter de la totalité de la cotisation correspondante (part patronale et part salariale).

La cotisation frais de santé est alors calculée sur la somme des rémunérations brutes ayant donné lieu à cotisations au cours des 4 derniers trimestres civils précédant la suspension de votre contrat de travail. Votre employeur doit informer la caisse de la Mutualité Sociale Agricole ou AGRI PREVOYANCE (pour les salariés des DROM) de votre situation dans les meilleurs délais.

Pour ce faire, dès réception de cette information, la caisse de la Mutualité Sociale Agricole ou AGRI PREVOYANCE (pour les salariés des DROM) vous adresse une demande de maintien que vous devez lui retourner dûment complétée et signée. Votre affiliation personnelle prend effet dès le lendemain de la cessation de votre couverture collective, sous réserve que la caisse de la Mutualité Sociale Agricole ou AGRI PREVOYANCE (pour les salariés des DROM) ait reçu votre demande de maintien dans le mois qui suit la suspension de votre contrat de travail.

À défaut, votre affiliation s'effectue le 1er jour du mois qui suit la réception de votre demande de maintien. Le paiement de la cotisation frais de santé s'effectue par prélèvement automatique sur votre compte bancaire.

Selon votre choix, ce prélèvement est effectué:

- → mensuellement, le 10 de chaque mois civil;
- → ou trimestriellement, le 10 du premier mois de chaque trimestre civil.

Si vous ne demandez pas le maintien de la garantie frais de santé, celle-ci cesse le dernier jour du mois pour lequel la cotisation frais de santé a été versée par votre employeur.

ARTICLE 2.8

COTISATIONS

→ TAUX ET MONTANT DES COTISATIONS

Les taux et montant des cotisations finançant vos garanties ainsi que leur répartition sont définis par les partenaires sociaux de la CCN des entreprises du Paysage et ses avenants.

Les cotisations de prévoyance sont calculées en pourcentage du salaire sur vos rémunérations brutes.

La cotisation frais de santé est exprimée en euros.

Elle est due dans son intégralité pour tout mois commencé, y compris en cas d'affiliation, de suspension ou de rupture de votre contrat de travail en cours de mois.

→ MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS.

Excepté en cas de demande de maintien de la garantie frais de santé dans les conditions prévues à l'article 4-11 de la présente notice :

- le financement du régime est assuré conjointement par vous-même et votre employeur, dès votre affiliation;
- votre part de cotisation est directement précomptée sur votre fiche de paie par votre employeur;
- votre employeur a la responsabilité du versement total des cotisations.

ARTICLE 2.9

RECOURS CONTRETIERS RESPONSABLE

Le recours contre tiers responsable est la procédure engagée à l'encontre d'un « tiers responsable » d'un accident (accident de la circulation, accident domestique, agression, etc.) en vue du remboursement de tous les frais exposés à la suite de l'accident.

Les institutions de prévoyance qui ont versé des prestations à un salarié disposent d'un recours contre l'auteur responsable de cet accident ou de son assureur, afin d'obtenir le remboursement de ces prestations.

Si vous êtes victime d'un accident mettant en cause un tiers, vous devez, sous peine de perdre vos droits à la garantie, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident le nom d'AGRI PREVOYANCE en tant que tiers payeur des prestations.

ARTICLE | 2.10

PRESCRIPTION

Conformément aux articles L. 932-13 et suivants du Code de la Sécurité sociale, toute action relative aux garanties de votre contrat est prescrite, à compter de l'événement qui y donne naissance:

par 2 ans en ce qui concerne l'appel de cotisations ;

- → par 2 ans en ce qui concerne la garantie frais de santé;
- → par 5 ans en ce qui concerne la garantie incapacité temporaire de travail;
- → par 2 ans en ce qui concerne la garantie incapacité permanente de travail;
- par 10 ans en ce qui concerne la garantie décès, lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré et par 2 ans lorsque le bénéficiaire est l'assuré.

Toutefois ce délai ne court :

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

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

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

Il s'agit notamment de :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du Code civil);
- Une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241et 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 2.11

PROTECTION DES DONNEES A **CARACTERE PERSONNEL**

Un traitement de vos données à caractère personnel sera mis en œuvre dans le cadre du contrat. AGRI PREVOYANCE est la responsable de ce traitement. Les données qu'AGRI

PREVOYANCE traite sont indispensables à la mise en œuvre du contrat. Le fondement légal justifiant le traitement des données est soit, l'intérêt légitime d'AGRI PREVOYANCE 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, celles 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 susceptible 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 contrat ;
- → l'appel de 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 contrat ;
- → l'élaboration de statistiques, d'indicateurs de gestion et de qualité;
- → la gestion des éventuelles procédures de médiation ou des procédures précontentieuses et contentieuses ;
- → la lutte contre la corruption, le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme;
- → la lutte contre la déshérence ;
- → la gestion de votre espace privé du site internet.

Les destinataires de vos données sont :

- → AGRI PREVOYANCE 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 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, AGRI PREVOYANCE s'engage à l'effectuer en conformité avec la règlementation européenne et nationale relative à la protection des données à caractère personnel.

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

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

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 postmortem de vos données.

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

Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant au Délégué à la Protection des Données par courrier électronique à l'adresse : dpo.blf@groupagrica.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 2.12

RECLAMATIONS - MEDIATION

En cas de désaccord persistant, en dehors de toute demande d'information ou d'avis, vous pouvez adresser une réclamation:

- → soit par courrier à AGRI PREVOYANCE Service Réclamations, 21, rue de la Bienfaisance, 75382 Paris
- → soit par courriel sur le site Internet du groupe AGRICA www.groupagrica.com en cliquant sur la rubrique « Une question, contactez-nous » puis en précisant le sujet de la demande « Faire une réclamation ».

Vous devez préciser votre Code client et le domaine concerné (prévoyance ou santé).

Dès lors, AGRI PREVOYANCE vous adresse un accusé de réception dans les 10 jours suivant la réception de votre demande et traite votre demande 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 desInstitutions de Prévoyance), 10 rue Cambacérès, 75008 PARIS;
- soit par voie électronique sur le site Internet du CTIP, www.ctip.asso.fr, en cliquant sur la rubrique « Médiateur de la protection sociale » puis en complétant le formulaire de saisine en ligne.

ARTICLE 2.13

FAUSSE DECLARATION

Les déclarations faites tant par l'entreprise adhérente que par vous-même servent de base aux garanties.

AGRI PREVOYANCE peut opérer une vérification des données ainsi communiquées.

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

Les cotisations payées demeurent acquises à AGRI PREVOYANCE.

ARTICLE 2.14

REPETITION DE L'INDU

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

ARTICLE 2.15

LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Les opérations du présent contrat s'inscrivent dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme conformément aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

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

AGRI PREVOYANCE 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.

ARTICLE 2.16

GARANTIE ASSISTANCE

Vous bénéficiez d'une garantie assistance proposée par Mutuaide Assistance et définie au Titre 12 de la présente notice d'information.

ARTICLE 2.17

RESEAU DE SOINS

Vous bénéficiez des services proposés par le réseau de soins **Carte Blanche Partenaires**, 26 rue Laffitte - 75009 Paris et décrits au Titre 11 de la présente notice d'information.

VOS GARANTIES DE PRÉVOYANCE

ARTICLE 3.1

GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Conditions de l'indemnisation

Cette garantie vous assure en cas d'arrêt de travail consécutif à un accident de la vie privée, une maladie, un accident du travail ou une maladie professionnelle dûment justifié par prescription médicale, le versement d'indemnités journalières complémentaires à celles servies par le régime de base.

En cas d'accident du travail, de trajet ou de maladie professionnelle, le bénéfice de la garantie incapacité temporaire de travail vous est accordé sans condition d'ancienneté.

En cas de maladie ou d'accident de la vie privée, le bénéfice de cette même garantie vous est accordé, sous réserve de justifier de 12 mois d'ancienneté continus ou non dans l'entreprise. Il est précisé que votre ancienneté est appréciée au 1^{er} jour de votre absence.

Modalités de l'indemnisation

En cas d'arrêt de travail, vous bénéficiez du versement de l'indemnité journalière complémentaire à compter d'un délai de franchise qui est précisé dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance » figurant au Titre 8 de la présente notice d'information.

Montant de l'indemnisation

Le montant de l'indemnité journalière complémentaire est précisé dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance » figurant au Titre 8 de la présente notice d'information.

Le salaire net retenu correspond au salaire net perçu se rapportant à la période de référence retenue par le régime de base pour le calcul de ses propres indemnités journalières. Le salaire net s'entend du salaire brut déduction faite des cotisations et contributions sociales légales et conventionnelles.

Votre indemnisation ne peut avoir pour effet de vous servir une indemnisation supérieure au salaire retenu pour le calcul de la prestation.

En cas de reprise partielle de votre travail, et à condition que les prestations du régime de base vous soient maintenues, les indemnités journalières complémentaires continueront à vous être versées dans la limite des règles de cumul exposées ci-dessus, les salaires payés par votre employeur compris.

La revalorisation de vos indemnités journalières complémentaires s'effectue selon les décisions du Conseil d'administration de l'Institution, après information de la Commission Paritaire de Suivi et tant qu'AGRI PRÉVOYANCE demeure l'organisme assureur de votre régime.

Règlement des indemnités journalières

Les indemnités journalières complémentaires dues par AGRI PREVOYANCE sont versées par la caisse de la Mutualité Sociale Agricole conjointement aux indemnités journalières dues au titre du régime de base.

Toutefois, pour les départements et régions d'outre-mer (DROM), AGRI PREVOYANCE assurera le versement des indemnités journalières complémentaires.

Si votre employeur continue à vous régler votre salaire durant votre arrêt de travail, la caisse de la Mutualité Sociale Agricole, ou AGRI PREVOYANCE, lui verse directement les indemnités journalières de base et complémentaires.

Dans le cas contraire, les indemnités journalières vous sont versées directement.

Durée de l'indemnisation

Le versement des indemnités journalières complémentaires dure tant que votre incapacité temporaire de travail donne lieu au versement d'indemnités journalières par la caisse de la Mutualité Sociale Agricole ou par la Sécurité sociale au titre du régime de base, y compris si votre contrat de travail est rompu avant la fin de la période d'indemnisation.

Toutefois, si vous bénéficiez du dispositif de cumul Emploi-Retraite, le versement de l'indemnité journalière cesse à la rupture de votre contrat de travail.

En tout état de cause, le versement de l'indemnité journalière cesse :

- lorsque le régime de base ne vous verse plus d'indemnités journalières au titre du régime de base ;
- dès lors que vous reprenez une activité professionnelle à temps plein, quelle que soit la nature de cette activité;
- lorsque le régime de base vous reconnaît un état d'incapacité permanente de travail;

→ à la date de votre décès.

ARTICLE 3.2

GARANTIE INCAPACITE PERMANENTE DE TRAVAIL

Conditions de l'indemnisation

Afin de pouvoir bénéficier de votre pension complémentaire, vous devez justifier d'une ancienneté de 12 mois continus ou non dans l'entreprise. Cette condition d'ancienneté n'est pas requise si vous perceviez auparavant des indemnités journalières complémentaires au titre d'une maladie ou d'un accident de la vie privée, du travail, de trajet et de maladie professionnelle.

La garantie incapacité permanente de travail a pour objet le versement d'une pension complémentaire en cas d'attribution par la caisse de la Mutualité Sociale Agricole ou par la Sécurité sociale :

- → d'une pension d'invalidité catégorie 2 ou 3 ;
- d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle accordée pour un taux d'incapacité au moins égal à 66,66 %.

Montant de l'indemnisation

Vos prestations incapacité permanente de travail sont précisées dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance » figurant au Titre 8 de la présente notice d'information.

Le salaire net pris en compte pour le calcul de votre pension complémentaire correspond au 12ème de vos salaires nets perçus au cours des 12 mois civils précédant votre arrêt de travail.

Le salaire net retenu correspond au salaire net perçu et se rapportant à la période de référence retenue par le régime de base pour le calcul de ses propres indemnités journalières. Le salaire net s'entend du salaire brut déduction faite des cotisations et contributions sociales légales et conventionnelles.

Votre pension complémentaire ci-dessus mentionnée, ne peut avoir pour effet de porter le total de votre indemnisation, à une somme supérieure au salaire retenu pour le calcul de la prestation.

La revalorisation de pension complémentaire s'effectue selon les décisions du Conseil d'administration de l'Institution, après information de la Commission Paritaire de Suivi et tant qu'AGRI PRÉVOYANCE demeure l'organisme assureur de votre régime.

Règlement de la pension

Pour obtenir le versement de votre pension, vous devez fournir à AGRI PREVOYANCE les justificatifs nécessaires à la constitution de votre dossier, notamment la notification de l'attribution par le régime de base d'une pension d'invalidité catégorie 2 ou 3 ou d'une rente attribuée au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle pour un taux d'incapacité au moins égal à 66,66 %.

Votre pension complémentaire vous est réglée par AGRI PREVOYANCE à terme échu, à la fin de chaque mois.

Durée de l'indemnisation

Votre pension complémentaire vous est versée tant que votre pension d'invalidité catégorie 2 ou 3 ou votre rente accident du travail ou maladie professionnelle pour un taux d'incapacité au moins égal à 66,66% vous est servie par le régime de base.

En tout état de cause, le versement de votre pension complémentaire attribuée au titre de votre invalidité ou de votre incapacité professionnelle cesse :

- → à votre décès, s'il intervient avant la liquidation de votre pension vieillesse;
- à la date d'attribution de votre pension de vieillesse par un régime de Sécurité sociale et, au plus tard, à la date à laquelle vous pouvez bénéficier de la liquidation d'une pension de vieillesse à taux plein.

ARTICLE 3.3

REVALORISATION DES PRESTATIONS INCAPACITE DE TRAVAIL

La revalorisation de vos prestations complémentaires d'incapacité de travail, temporaire ou permanente, fait l'objet d'un **examen annuel** par le Conseil d'administration d'AGRI PREVOYANCE.

ARTICLE 3.4

CUMUL DES PRESTATIONS INCAPACITE DETRAVAIL

Le cumul de vos prestations incapacité de travail nettes versées au titre du régime de base et du régime complémentaire ainsi que, le cas échéant, vos fractions de salaires nets percues, ne peut excéder le montant de votre salaire net d'activité avant votre incapacité de travail, éventuellement revalorisé.

La majoration pour tierce personne versée par le régime de base au titre d'une pension d'invalidité catégorie 3 ou d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle n'est pas prise en compte pour l'application de la règle de cumul visée ci-dessus.

En cas de changement de niveau de classification professionnelle, l'augmentation de salaire liée à ce changement n'est pas prise en compte dans le plafonnement de la garantie.

AGRI PREVOYANCE peut vous demander de produire tout justificatif qui lui semblerait nécessaire pour vérifier que le montant de votre indemnisation ne dépasse pas les limites définies précédemment. Le défaut de production de ces documents peut entraîner la suspension ou l'interruption du versement de vos prestations.

ARTICLE 3.5

CONTROLE MEDICAL DE L'INCAPACITE **DETRAVAIL**

Contrôle médical

AGRI PREVOYANCE pourra exercer un contrôle médical si vous avez fait une demande d'indemnisation au titre de l'incapacité temporaire ou permanente, et ce afin que l'Institution puisse constater votre état d'incapacité de travail

Dans le cadre de ce contrôle médical, AGRI PREVOYANCE pourra vous demander de faire établir, par votre médecin traitant, un certificat médical, lequel sera envoyé sous pli confidentiel à l'adresse d'un médecin conseil dûment mandaté par l'Institution. Au vu de ce certificat médical, AGRI PREVOYANCE pourra exercer un contrôle médical directement auprès de vous.

En tout état de cause, vous perdrez tout droit aux prestations en cas de:

- → refus de satisfaire aux contrôles médicaux :
- → utilisation de documents inexacts;
- → fausses déclarations ayant pour objet d'induire AGRI PREVOYANCE en erreur sur les effets et les suites de la maladie ou de l'accident.

Contrôle de la persistance des droits

AGRI PREVOYANCE peut vous demander tout justificatif qui lui semblerait nécessaire afin de vérifier que le montant de l'indemnisation ne dépasse pas les limites de cumul des prestations.

Le défaut de production de justificatif peut entraîner la suspension ou l'interruption du versement des prestations

ARTICLE 3.6

CAPITAL DECES

Pour le capital décès (capital et majorations pour enfant à charge) et l'indemnité frais d'obsèques, le versement des prestations n'est assorti d'aucune condition d'ancienneté.

Pour la prestation rente éducation, la prestation est versée sous réserve qu'au jour de votre décès, vous justifilez de 12 mois d'ancienneté continus ou non dans l'entreprise.

Montant du capital décès

CAPITAL DE BASE

En cas de décès, AGRI PREVOYANCE verse aux bénéficiaires un capital de base dont le montant est exprimé en pourcentage du salaire annuel de base.

Le montant du capital de base est précisé dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance » figurant au Titre 8 de la présente notice d'information.

Le salaire annuel brut retenu pour le calcul de votre capital est celui ayant donné lieu à cotisations et se rapportant aux 4 derniers trimestres civils précédant le décès ou l'arrêt de travail si le décès a été précédé d'une période d'arrêt de travail pour maladie ou accident.

Si vous n'avez pas travaillé pendant 4 trimestres civils entiers, votre salaire est reconstitué sur 4 trimestres civils complets.

En cas de décès précédé d'une indemnisation au titre de l'incapacité temporaire ou permanente de travail, votre salaire annuel brut est celui ayant servi au calcul de l'indemnité journalière complémentaire ou de la pension d'invalidité. Dans ce cas, il est revalorisé en appliquant le coefficient de revalorisation des prestations concernées en cours de service.

MAJORATIONS POUR ENFANT A CHARGE

Le capital de base peut être majoré en fonction de votre situation familiale au moment de votre décès.

Le montant des majorations familiales est exprimé en pourcentage du salaire annuel de base tel que défini cidessus.

Le montant des majorations familiales est précisé dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance » figurant au Titre 8 de la présente notice d'information.

Bénéficiaires du capital décès

Vous avez la possibilité de désigner le ou les bénéficiaire(s) (personnes physiques) de votre capital décès.

Le capital décès est versé comme suit :

- → en présence d'un conjoint et / ou de descendants survivants, ci-après désignés « bénéficiaires prioritaires »:
- en totalité à votre conjoint survivant non séparéde corps ;
- entre votre conjoint, qui ne peut se voir attribuer moins de 50 % du capital, et vos descendants, si vous avez notifié à AGRI PRÉVOYANCE une répartition. Le cocontractant d'un PACS est assimilé au conjoint non séparé de corps. En l'absence de conjoint survivant non séparé de corps, le capital est versé en totalité à vos descendants.
- en cas d'absence de bénéficiaires prioritaires, le capital est attribué dans l'ordre suivant :
- aux bénéficiaires désignés par vos soins ;
- à votre concubin justifiant d'au moins deux ans de vie commune, sous réserve que vous ne soyez ni marié ni pacsé ;
- à vos héritiers.

Cette désignation se fait :

en remplissant le bulletin de désignation prévu à cet effet, remis par votre employeur;

→ ou par acte sous seing privé ou acte authentique.

Afin d'éviter tout risque d'homonymie et pour faciliter la recherche du (des) bénéficiaire(s) désigné(s), vous devez indiquer, pour chaque bénéficiaire, toutes précisions permettant son identification exacte, notamment ses nom, prénom(s), date et lieu de naissance.

Vous pouvez à tout moment modifier votre choix en remplissant un nouveau bulletin.

Toute désignation ou changement de désignation non porté à la connaissance d'AGRI PREVOYANCE ne pourra être pris en compte.

Si vous avez désigné plusieurs bénéficiaires, le capital décès est attribué selon la répartition que vous avez expressément indiquée. En l'absence de précision sur la répartition, le capital est versé par parts égales entre les bénéficiaires.

Si l'une des personnes désignées est décédée au jour de votre décès, la part de capital de celle-ci est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective dans le capital décès.

À défaut de désignation ou en cas de décès du ou de l'ensemble des bénéficiaires désignés, le capital décès (à l'exception des majorations pour enfants à charge) est attribué selon l'ordre de priorité suivant :

- → à votre conjoint, votre cocontractant d'un PACS ou votre concubin;
- → à défaut, à vos enfants, nés ou à naître, dont la filiation est légalement établie, y compris adoptive, par parts égales entre eux;
- → à défaut, à vos ascendants directs survivants par parts égales entre eux;
- → à défaut, à vos petits-enfants vivants par parts égales entre eux;
- → à défaut, à vos autres héritiers selon l'ordre successoral défini aux articles 734 à 755 du Code civil, par parts égales entre eux.

Les majorations pour enfant à charge sont versées aux enfants les ayant générées ou à leur représentant légal. Pour ouvrir droit au versement de cette majoration, l'enfant à charge doit être reconnu comme tel au jour de votre décès.

Règlement du capital décès

AGRI PREVOYANCE doit transmettre, dans un délai de quinze jours après réception de l'avis de décès et de sa prise de connaissance des coordonnées du (des) bénéficiaire(s), un dossier de demande de règlement de prestations pour demander au(x) bénéficiaire(s) de lui fournir l'ensemble des pièces justificatives suivantes :

- → un bulletin de décès ;
- → un extrait d'acte de naissance de l'assuré décédé avec mentions marginales (datant de moins de 3 mois);
- → un certificat médical, à l'attention du Médecin Conseil de la Caisse indiquant la cause du décès;
- → un certificat d'hérédité;
- → un relevé d'identité bancaire au nom des bénéficiaires ;
- → une photocopie lisible du livret de famille tenu à jour ;

- → une attestation de concubinage délivrée par la Mairie et précisant le début de vie commune jusqu'au jour du décès ou une photocopie du PACS;
- → une photocopie de la carte d'identité ou du passeport au nom des bénéficiaires.

Pour l'assuré divorcé ou séparé de corps :

→ une photocopie du jugement de divorce ou de séparation.

Pour l'assuré licencié:

→ une photocopie de la notification de décision et un avis de paiement de Pôle Emploi jusqu'au décès.

Pour les enfants mineurs :

→ la désignation du tuteur légal des enfants ou la délibération du conseil de famille ou l'autorisation du jugement des Tutelles.

Les prestations sont versées dans le délai d'un mois civil suivant la réception des pièces nécessaires au paiement. À défaut, les sommes produisent de plein droit intérêt au double du taux légal pendant deux mois puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

Lorsqu'un bénéficiaire n'a pu être identifié à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de prise de connaissance par AGRI PREVOYANCE de votre décès, les sommes dues au titre des prestations décès seront déposées à la Caisse des dépôts et consignations. Ce dépôt libère AGRI PREVOYANCE de ses obligations envers le bénéficiaire.

Par suite, le bénéficiaire a la possibilité de demander le versement de sa prestation auprès de la Caisse des dépôts et consignations.

À défaut de demande de versement, ces sommes sont acquises à l'État dans un délai de trente ans suivant votre décès.

Revalorisation post mortem : entre le jour du décès et la réception des pièces justificatives permettant le versement des sommes par AGRI PREVOYANCE, s'applique une revalorisation annuelle du capital, calculée en application du TME fixé au 1^{er} novembre de l'année précédente. Cette revalorisation est calculée prorata temporis en fonction du délai écoulé.

Invalidité absolue et définitive

En cas d'invalidité absolue et définitive, vous ou votre représentant légal, pouvez demander par anticipation le versement du capital décès de base.

Vous êtes considéré comme étant en invalidité absolue et définitive si vous remplissez la double condition suivante :

- → ne plus pouvoir exercer une activité rémunérée ;
- → percevoir du régime de base une pension d'invalidité catégorie 3 ou une rente accident du travail ou maladie professionnelle pour un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80 % et nécessitant l'assistance d'une tierce personne.

Dès la fourniture à AGRI PREVOYANCE de la constatation médicale et après en avoir fait la demande, vous ou votre représentant légal pouvez bénéficier du versement anticipé du capital décès visé ci-dessus.

Le paiement du capital s'effectue par un versement unique et met définitivement fin à l'attribution de celui-ci.

Toutefois, les majorations pour enfants à charge seront, le cas échéant, versées à vos enfants à charge au jour du décès.

Lorsque le décès résulte de l'accident à l'origine de votre invalidité absolue et définitive, les éventuelles majorations pour enfants à charge seront également majorées de 50 %.

ARTICLE 3.7

RENTE EDUCATION

Sous réserve de justifier de 12 mois d'ancienneté continus ou non dans l'entreprise, AGRI PREVOYANCE verse à votre décès une rente annuelle d'éducation à chacun de vos enfants à charge. Pour les enfants mineurs, elle est versée à leur représentant légal.

Le montant de la rente éducation est précisé dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance » figurant au Titre 8 de la présente notice d'information et est exprimé en nombre de points.

La valeur du point est égale à celle du point AGRI PRÉVOYANCE, revalorisée chaque année au 1er septembre. À titre d'information, au 1er septembre 2018, la valeur du point est fixée à 22,53 euros.

Le premier versement de la rente est effectué lors du paiement du capital décès sauf en cas d'invalidité absolue et définitive (IAD) dans les 10 jours ouvrés, hors délais bancaires, suivant la demande, et sous réserve de la complétude du dossier.

Par la suite, la rente est versée annuellement avant le 31 octobre de chaque année au représentant légal de l'enfant mineur ou majeur protégé ou à l'enfant majeur sur sa demande.

Si la demande de prestations est présentée plus d'un an après la date de décès, la rente est versée à compter du premier jour suivant la date à laquelle AGRI PREVOYANCE l'a reçue.

ARTICLE

3.8

INDEMNITE FRAIS D'OBSEOUES

Si vous décédez ou l'un de vos ayants droit (conjoint, cocontractant d'un PACS, concubin, enfant à charge, tels que définis au Titre 7 de la présente notice d'information) décède, une indemnité frais d'obsèques est versée à la personne qui a supporté personnellement ces frais.

Le montant de l'indemnité frais d'obsèques, exprimé en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) en vigueur au jour du décès, est précisé dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance » figurant au Titre 8 de la présente notice d'information.

AGRI PREVOYANCE procède au règlement de cette indemnité dans les 15 jours suivant la date de réception du dossier de demande de versement, dûment complété et accompagné des pièces justificatives.

ARTICLE 3.9

EXCLUSIONS DES GARANTIES DE PREVOYANCE

Sont garantis par AGRI PREVOYANCE tous les risques de décès, à l'exclusion de ceux résultant :

- → de la guerre civile ou étrangère ;
- du fait volontaire du bénéficiaire, le suicide étant toutefois pris en charge.

ARTICLE 3.10

PORTABILITE DES DROITS

Les dispositions prévues au Titre 5 relatives à la portabilité des droits s'appliquent aux présentes garanties prévoyance.

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTE

ARTICLE 4.1

OBJET

La garantie frais de santé a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé en complétant acte par acte les prestations versées par le régime de base, dans la limite des frais réellement engagés.

ARTICLE 4.2

BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE

Les bénéficiaires de la garantie frais 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 ou permanente de travail consécutive à une maladie, un accident de la vie privée, une maternité, un accident du travail ou une maladie professionnelle;
- → vos ayants droit, tels que définis au Titre 7 de la présente notice d'information.

ARTICLE 4.3

ENTREE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE

La garantie entre en vigueur :

pour vous-même:

→ dès la prise d'effet de votre affiliation, conformément aux dispositions de l'article 2-4 de la présente notice d'information;

Pour vos ayants droit :

- → à la date de prise d'effet de votre affiliation ;
- → à la date de survenance d'un événement modifiant votre situation familiale (mariage, concubinage, PACS, naissance ou adoption d'un enfant) dûment déclaré à la caisse de la Mutualité Sociale Agricole ou à la CCMO Mutuelle (pour les DROM).

ARTICLE 4.4

MONTANT DE LA GARANTIE

Les montants des remboursements garantis par le contrat correspondent à ceux indiqués aux tableaux de la garantie Frais de santé de la CCN des entreprises du Paysage et avenants, figurant au Titre 9 de la présente notice d'information.

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

En cas de modifications législatives et/ou réglementaires, les remboursements seront automatiquement révisés dans les conditions et délais fixés par les textes.

Les remboursements 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.

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

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, c'est-à-dire du 1er janvier au 31 décembre.

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

ARTICLE 4.5

LIMITES ET EXCLUSIONS DE LA **GARANTIE**

De manière générale, ne sont pas pris en charge :

- → les frais engagés au titre d'actes exécutés avant la date d'entrée en vigueur de la garantie frais de santé ou après la cessation de cette garantie;
- → les frais résultant d'actes qui, bien inscrits à la nomenclature des actes professionnels, ne sont pas pris en charge par le régime de base, sauf cas prévus aux tableaux des garanties figurant au Titre 9 de la présente notice d'information;

→ les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 4.6

ETENDUE TERRITORIALE DE LA **GARANTIE**

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 aux tableaux 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

REGLEMENT DES PRESTATIONS

Vos prestations sont réglées directement par la caisse de la Mutualité Sociale Agricole pour la métropole ou par la CCMO Mutuelle pour les DROM.

Le présent contrat met à votre disposition et à vos ayants droit un service de tiers payant (dispense d'avance des frais) sur l'ensemble des garanties prévues par ledit contrat, à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale.

L'utilisation du tiers payant auprès d'un professionnel de santé est conditionnée à l'acceptation de ce dernier. Pour justifier du tiers payant, la Mutualité Sociale Agricole ou la CCMO Mutuelle vous délivre une carte complémentaire (sous forme papier) qui devra lui être restitué(e) lorsque vous cessez de bénéficier dudit contrat.

ARTICLE 4.8

CONTROLE DES PRESTATIONS

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

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

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

ARTICLE 4.9

PORTABILITE DES DROITS

Les dispositions prévues au Titre 5 relatives à la portabilité des droits s'appliquent aux présentes garanties frais de santé.

ARTICLE 4.10

MAINTIEN GRATUIT DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTE AUX AYANTS DROIT D'UN PARTICIPANT DECEDE

A votre décès, vos ayants droit bénéficient d'un maintien gratuit à la garantie Frais de santé jusqu'à la fin des 3 mois civils suivant votre décès.

ARTICLE 4.11

MAINTIEN DE LA GARANTIE SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL

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.

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.

MAINTIEN DES GARANTIES PREVOYANCE ET FRAIS DE SANTE AU TITRE DE LA **PORTABILITE**

ARTICLE 5.1

PRESENTATION DU DISPOSITIF

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 5.2

BENEFICIAIRES

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

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

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

ARTICLE | 5.3

OUVERTURE ET DUREE DES DROITS A PORTABILITE

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

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

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

ARTICLE 5.4

OBLIGATIONS DE VOTRE ENTREPRISE

Votre entreprise doit informer AGRI PREVOYANCE et la caisse de la Mutualité Sociale Agricole (ou la CCMO Mutuelle pour les DROM), de la cessation de votre contrat de travail si vous êtes susceptible d'ouvrir droit à la portabilité.

ARTICLE 5.5

VOS OBLIGATIONS

Vous devez justifier auprès d'AGRI PREVOYANCE que vous remplissez les conditions requises au moment de la demande de versement des prestations.

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

En cas de décès, l'ensemble des pièces justificatives doivent être produites par les bénéficiaires au moment de la demande d'attribution des prestations décès.

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

ARTICLE 5.6

PRESTATIONS

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

Toutefois, pour les prestations incapacité temporaire et permanente de travail, le maintien des garanties ne peut vous conduire à percevoir une indemnisation globale (y compris indemnisation du régime de base) supérieure à celle des allocations chômage que vous auriez perçues au titre de la même période.

Toute modification des prestations du contrat intervenant au cours de votre période de portabilité vous est applicable. ARTICLE 5.7

CESSATION DE LA PORTABILITE

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.



PIECES A FOURNIR POUR LE REGLEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 6.1

VERSEMENT DES PRESTATIONS D'INCAPACITE DE TRAVAIL

Incapacité temporaire de travail

Les indemnités journalières complémentaires étant réglées directement par la caisse de la Mutualité Sociale Agricole, les formalités requises par la caisse de la Mutualité Sociale Agricole pour le paiement des indemnités journalières dues au titre du régime de base suffisent à déclencher le paiement des prestations complémentaires.

Ainsi, vous devez adresser à la caisse de la Mutualité Sociale Agricole votre arrêt médical de travail dans les 48 heures qui suivent cet arrêt.

Toutefois, pour les DROM, les indemnités journalières complémentaires sont réglées par AGRI PREVOYANCE dès réception des justificatifs du régime de base.

Incapacité permanente de travail

La pension complémentaire est réglée chaque trimestre directement par AGRI PREVOYANCE, sur présentation des justificatifs suivants :

- une copie de la notification d'attribution de la pension ou de la rente du régime de base;
- une copie des bulletins de salaire des 4 derniers trimestres civils précédant l'arrêt de travail;
- → un relevé d'identité bancaire ;
- → une copie de l'avis d'imposition de l'année N-2;
- → en cas d'activité à temps partiel, les copies des bulletins de salaire afférents à votre reprise d'activité.

Par ailleurs, vous devez nous préciser si votre contrat de travail est maintenu ou rompu, la date de votre arrêt de travail initial ainsi que votre pourcentage d'activité (pourcentage de votre temps de travail par rapport à un temps plein), en cas de reprise à temps partiel.

ARTICLE 6.2

VERSEMENT DES PRESTATIONS DECES

Capital décès et rente éducation

Votre employeur, ou le(s) bénéficiaire(s) du capital décès, doit(vent) déclarer le décès le plus rapidement possible à AGRI PREVOYANCE, qui lui (leur) adresse alors un dossier de demande de versement du capital décès et de rente éducation. Ce dossier doit être retourné à AGRI PREVOYANCE dûment complété et accompagné des pièces justificatives nécessaires suivantes :

→ POUR LE VERSEMENT DU CAPITAL DECES

La liste des pièces justificatives est précisée à l'article 3-6 de la présente notice.

→ POUR LE VERSEMENT DE LE RENTE EDUCATION

- Selon la qualité de chaque bénéficiaire, un certificat de scolarité, un certificat d'apprentissage, une attestation de chômeur non indemnisé, une photocopie de la carte d'invalidité;
- Les pièces justificatives doivent être fournies chaque année.

AGRI PREVOYANCE se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire qu'elle juge nécessaire au règlement des prestations.

Indemnité frais d'obsèques

Le décès doit être déclaré à AGRI PREVOYANCE par la personne qui a supporté les frais, qui adresse alors un dossier de demande de versement d'indemnité frais d'obsèques.

Ce dossier doit être retourné à AGRI PREVOYANCE dûment complété et accompagné des pièces justificatives nécessaires au règlement de l'indemnité, et dont la liste est donnée dans ledit dossier, notamment :

- → l'acte de décès ;
- → la facture acquittée du montant des frais d'obsèques ;
- → un relevé d'identité bancaire de la personne qui a réglé les frais ;
- → selon le statut du défunt, un justificatif de vie commune de plus de 2 ans, un certificat de scolarité, une attestation de chômeur non indemnisé, une photocopie de la carte d'invalidité.

ARTICLE 6.3

VERSEMENT DES PRESTATIONS FRAIS DE SANTE

Salariés de métropole

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

Pour les salariés et leurs ayants droit relevant de la MSA

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

Pour les ayants droit ne relevant pas de la MSA

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

Autres documents

Outre les pièces mentionnées ci-dessus, vous devez faire parvenir dans les cas suivants :

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

Salariés des DROM

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

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

Autres documents

Outre les pièces mentionnées ci-dessus, vous devez faire parvenir dans les cas suivants :

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

DEFINITIONS DES AYANTS DROIT

CONJOINT

Par « conjoint », il faut entendre la personne avec laquelle vous êtes marié. Toutefois, pour le bénéfice des prestations, la personne séparée de corps n'est plus considérée comme votre conjoint.

COCONTRACTANT D'UN PACS

Par « cocontractant d'un PACS », il faut entendre la personne avec laquelle vous avez conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS) conformément aux disposition de l'article 515-1 et suivant du Code civil.

CONCUBIN

Par « concubin », il faut entendre la personne vivant avec vous en concubinage selon les dispositions de l'article 515-8 du Code Civil.

Par ailleurs, les concubins doivent justifier d'au moins deux ans de vie commune et être libres au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de PACS.

Toutefois, la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'au moins un enfant est né de votre union ou adopté.

ENFANTS A CHARGE

Les enfants à charge sont définis comme suit :

- → vos enfants, nés ou à naître, dont la filiation est légalement établie, y compris adoptive;
- → les enfants que vous avez recueillis et pour lesquels la qualité de tuteur vous est reconnue.
- → les enfants de votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS, dont la filiation est légalement établie, sous réserve d'être à votre charge effective, c'est-à-dire si vous subvenez à leurs besoins et assurez leur éducation et, pour les garanties prévoyance, à condition également qu'ils ne donnent pas lieu au versement d'une pension alimentaire par leur autre parent.

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

- → être âgés de moins de 16 ans, quelle que soit leur situation;
- → être âgés de moins de 20 ans sous contrat d'apprentissage;
- → être âgés de moins de 26 ans, sous réserve qu'ils poursuivent leurs études;

→ quel que soit leur âge, lorsqu'ils sont atteints d'un handicap tel qu'ils ne peuvent exercer une activité professionnelle rémunérée, à condition qu'ils soient titulaires d'une carte d'invalidité et que leur état d'invalidité ait été constaté avant leur 21^{ème} anniversaire.



TABLEAU DES GARANTIES DE PREVOYANCE

Le tableau des garanties de prévoyance vous est présenté à la page suivante.

→ Garantie incapacité temporaire de travail

Événement	Conditions requises	Prestation versée	À compter du	Cessation de la prestation
 En cas d'arrêt de travail suite à un accident du travail, de trajet ou à une maladie professionnelle 	Sans condition d'ancienneté.	Indemnité journalière (y compris I J. MSA) : • 100 % du salaire net pendant 90 jours ; • puis 80 % du salaire net.	1° jour d'arrêt de travail.	Tant que le régime de base intervient, et ce, dans la
 En cas d'arrêt de travail suite à une maladie ou à un accident de la vie privée 	Sous réserve de 12 mois d'ancienneté, continue ou non, dans l'entreprise.	Indemnité journalière (y compris I J. MSA) : • 100 % du salaire net pendant 90 jours ; • puis 80 % du salaire net.	8° jour d'arrêt de travail.	limite de 1 095 jours maximum.

Événement	Conditions requises	Prestation versée	À compter du	Cessation de la prestation
● En cas d'incapacité permanente non professionnelle de cat. 2 ou 3 (à l'exception de la cat. 1)	Ancienneté de 12 mois, continue ou non, dans l'entreprise.	Indemnisation globale égale à 80 % du salaire net (pension du régime de base + pension complémentaire).	Date de reconnaissance par la MSA de l'état d'invalidité de cat. 2 ou 3 (à l'exception de la cat. 1).	Tant que le régime de base intervient, et ce jusqu'au
● En cas d'incapacité permanente professionnelle pour un taux d'incapacité au moins égal à 66,66 %	Pas de condition d'ancienneté si l'état d'invalidité fait suite à une incapacité temporaire de travail indemnisée.	Indemnisation globale égale à 80 % du salaire net (rente du régime de base + pension complémentaire).	Date de reconnaissance par la MSA d'une rente attribuée au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle pour un taux d'incapacité au moins égal à 66,66 %.	décès du salarié ou jusqu'à la liquidation de la pension vieillesse (y compris lorsque la pension est versée en complément d'une rente accident du travail).

Garantie décès

Événement	Conditions requises	Prestation versée	À compter du	Cessation de la prestation
		Capital de base égal à 120 % du salaire annuel brut.	Dès réception de toutes les pièces justificatives.	
	Aucune ancienneté.	Majoration enfant à charge de 25 % du salaire annuel brut par enfant à charge.	Si enfant(s) à charge au jour du décès du salarié (dès réception de toutes les pièces justificatives).	Prestation à versement unique.
● En cas de décès du salarié	Ancienneté de 12 mois, continus ou non, dans l'entreprise au jour du décès du salarié.	Rente éducation* annuelle : 50 points par enfant âgé de 0 à 10 ans; 75 points par enfant âgé de 11 à 17 ans; 100 points par enfant âgé de 18 à 26 ans s'il poursuit des études ou quel que soit son âge s'il est reconnu invalide avant 21 ans.	Si enfant(s) à charge au jour du décès du salarié (dès réception de toutes les pièces justificatives), et en fonction de l'âge de l'enfant.	Lorsque l'enfant ne remplit plus les conditions.
 En cas d'invalidité absolue et définitive du salarié 	Aucune ancienneté.	Versement anticipé du capital de base (en une seule fois).	En cas d'invalidité absolue et définitive du salarié (dès réception de toutes les pièces justificatives).	
En cas de décès: • du salarié; • du conjoint non séparé de corps ou du cocontractant de PACS; • du concubin justifiant d'au moins 2 ans de vie commune. Cette condition n'est pas exigée lorsqu'un enfant est né de l'union (ou adopté); • d'un enfant à charge.	Que le salarié ait réglé lui-même les frais d'obsèques, et ait déposé la demande dans les 6 mois qui suivent le décès.	Indemnité frais d'obsèques égale au montant des frais réellement engagés et limitée à 100 % du PMSS au moment du décès.	Dès réception de toutes les pièces justificatives.	Prestation à versement unique.

^{*} Valeur du point AGRI PRÉVOYANCE : 22,53 \in au 1 $^{\rm er}$ janvier 2019.



TABLEAUX DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTE

Les tableaux de garantie frais de santé vous sont présentés aux pages suivantes.

Vous y trouverez à titre indicatif les taux de remboursement du régime de la Sécurité sociale, ainsi que le remboursement complémentaire apporté par la CCN des entreprises du Paysage.

Les prestations figurant aux tableaux respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables.

Aussi, elles ne prennent pas en charge les pénalités appliquées en cas de non respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.

Elles répondent également aux exigences du décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats responsables : prise encharge du ticket modérateur ou du forfait journalier, planchers et plafonds pour les frais d'optique, plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins adhérents ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DTPM) prévus à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale (Option Pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO)).

Tous les actes bénéficiant d'un remboursement du régime de base de Sécurité sociale font l'objet d'un remboursement complémentaire au minimum au Ticket Modérateur. Le montant total des remboursements ne peut excéder les frais réellement engagés.

Afin de bénéficier de meilleurs tarifs pour réduire votre reste à charge ainsi que celui de vos bénéficiaires, et accéder à des équipements de qualité à moindre frais, AGRI PREVOYANCE vous ouvre le bénéfice d'un réseau de soins auprès d'un partenaire : Carte Blanche.

Chaque professionnel de santé sélectionné selon des accords négociés sur la base de critères stricts, vous propose :

- → le tiers-payant et un accord de prise en charge en temps réel ;
- → des conditions tarifaires négociées en optique sur les verres et montures.

En outre, vous bénéficiez de la garantie Assistance définie au Titre 12 de la présente notice d'information.

Tableau des prestations santé hors Alsace-Moselle, en vigueur à compter du 1er janvier 2019

Les garanties de ce régime s'appliquent pour la France métropolitaine et les départements d'outre-mer. Le total des remboursements ne pourra dépasser le montant des frais réellement engagés. Tous les actes bénéficiant d'un remboursement du régime de base font l'objet d'un remboursement complémentaire au minimum au ticket modérateur (sauf les cures thermales). Pour l'optique, le ticket modérateur des garanties est limité à une prise en charge tous les 2 ans. Toutes les garanties en euros s'entendent par an et par bénéficiaire (sauf pour les équipements optique). Les garanties sont acquises sans condition d'ancienneté.

Nature des risques Frais médicaux	Remboursements du régime de base	Remboursements complémentaires
Honoraires praticiens (généralistes, spécialistes hors ophtalmologues, chirurgiens-dentistes, sages-femmes)	70 % BR	30 % BF
 Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM⁽⁴⁾ 	-	220 % BF
 Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM⁽⁴⁾ 	-	100 % BF
Auxiliaires médicaux	60 % BR	40 % BF
Analyses, examens de laboratoire	60 % à 100 % BR	40 % à 0 % BF
Radiographie	70 % BR	30 % BF
 Actes de prévention⁽²⁾ Honoraires de médecine douce reconnus par le ministère de la Santé (chiropractie, ostéopathie) 	35 % à 70 % BR	de 30 % à 65 % BF 20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire
Pharmacie		
Pharmacie remboursable	15 % à 65 % BR	35 % à 85 % BF
Optique		
Consultation ophtalmologue	70 % BR	30 % BF
 Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM⁽⁴⁾ 	-	220 % BF
Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	-	100 % BF
Équipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans*		
Monture adulte et enfant Verres adultes (par verre ou lentille)	60 % BR	120€
Verres adultes (par verre ou lentille)- BR = 2,29 €	60 % BR	80€
- BR = 3,66 €	60 % BR	88 €
- BR = 7,32 €	60 % BR	112 €
- Autres BR	60 % BR	128€
 Verres enfants (par verre ou lentille) - BR = 12,04 € 	60 % BR	80 €
- BR ≥ 14,94 €	60 % BR	88 €
 Lentilles non remboursées par le régime de base Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le 		Crédit de 175 €/an/bénéficiaire
régime de base	-	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiai
Dentaire		
 Soins dentaires remboursés par le régime de base Conventionné Non conventionné 	70 % BR 70 % BR	100 % BF 100 % BF
Prothèses dentaires remboursées par le régime de base, y compris couronne implanto-portée (sauf inlays core)	70 % BR	250 % BI
Prothèses dentaires non remboursées	_	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire
par le régime de base (sauf inlays core) Parodontologie non remboursée par le régime de base		Crédit de 100 €/ an/ bénéficiaire
Orthodontie prise en charge par le régime de base	100 % BR	230 % BI
Orthodontie non prise en charge par le régime de base Inlay core	70 % BR	Crédit de 200 €/an/bénéficiain 180 % Bl
Appareillage		
 Fournitures médicales, pansements Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses 	60 % BR	100 % FI
(sauf prothèses auditives)	60 % BR	240 % BI
Prothèses auditives prises en charge par le régime de base	60 % BR	390 % BR + crédit de 500 € /oreille /bénéficiaire tous les 3 an
Hospitalisation		
Frais de séjour	80 % BR	20 % BF
 Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM⁽⁴⁾ 	_	220 % BI
 Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM⁽⁴⁾ 	-	100 % BF
Chambre particulière (y compris ambulatoire)	_	50 €/jou
Frais d'accompagnant	_	25 €/jou
Forfait journalier hospitalier	-	100 % du forfai
Maternité	1000/ PD	
 Frais de séjour Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM⁽⁴⁾ 	100 % BR	220 % BI
Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	_	100 % BF
 Prime de naissance : maternité ou adoption⁽¹⁾ 		250 € par enfant (350 € à partir du 3°
Forfait journalier hospitalier	-	100 % du forfai
Psychiatrie		
 Frais de séjour Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM⁽⁴⁾ 	80 % BR	20 % Bf
Dépassements d'honoraires médecins		100 % BF
non adhérents au DPTM ⁽⁴⁾ • Forfait journalier hospitalier	=	100 % Br
Divers		
 Transport pris en charge par le régime de base Vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base 	65 % BR _	35 % BF Crédit 40 €/an/bénéficiaire
Forfait actes lourds (3) Assistance	_	100 % du forfair
	_	OUI – Mutuaide Assistance

*La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue.

(1) Y compris pour l'adoption, versée après demande auprès du régime de base sur justificatif. (2) Actes de prévention, selon les conditions prévues dans l'arrêté du 18 novembre 2014 fixant la liste des prestations de prévention. L'ensemble des actes de prévention est pris en charge au titre du contrat. (3) Forfait acte lourd : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (24 € en 2019). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 €. (4) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM/OPTAM-Co).

Tableau des prestations santé **Alsace-Moselle**, en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2019

Les garanties de ce régime s'appliquent pour la France métropolitaine et les départements d'outre-mer. Le total des remboursements ne pourra dépasser le montant des frais réellement engagés. Tous les actes bénéficiant d'un remboursement du régime de base font l'objet d'un remboursement complémentaire au minimum au ticket modérateur (sauf les cures thermales). Pour l'optique, le ticket modérateur des garanties est limité à une prise en charge tous les 2 ans. Toutes les garanties en euros s'entendent par an et par bénéficiaire (sauf pour les équipements optique). Les garanties sont acquises sans condition d'ancienneté.

Nature des risques	Remboursements du régime de base	Remboursements complémentaire
Frais médicaux		
 Honoraires praticiens (généralistes, spécialistes hors ophtalmologues, chirurgiens-dentistes, sages-femmes) 	90 % BR	10 % B
Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	-	220 % B
Dépassements d'honoraires médecins		
non adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	-	100 % B
Auxiliaires médicaux	90 % BR	10 % B
Analyses, examens de laboratoire	90 % à 100 % BR	10 % à 0 % E
Radiographie Actes de prévention ⁽²⁾	90 % BR 35 % à 90 % BR	10 % E de 10 % à 65 % E
Honoraires de médecine douce reconnus par le	33 /00 /0 /0 /0	20 €/séance avec un maximui
ministère de la Santé (chiropractie, ostéopathie)	-	de 2 séances/an/bénéficiai
Pharmacie		
Pharmacie remboursable Optique	80 % à 100 % BR	0 % à 20 % E
Consultation ophtalmologue	90 % BR	10 % E
Dépassements d'honoraires médecins	20 /0 Bit	
adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	-	220 % E
Dépassements d'honoraires médecins	_	100 % E
non adhérents au DPTM ⁽⁴⁾		100 /01
equipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans*		
Monture adulte et enfant Verres adultes (par verre ou lentille)	90 % BR	112
- BR = 2,29 €	90 % BR	80
- BR = 3,66 €	90 % BR	88
- BR = 7,32 €	90 % BR	112
- Autres BR	90 % BR	128
Verres enfants (par verre ou lentille)- BR = 12,04 €	90 % BR	80
- BR ≥ 14,94 €	90 % BR	88
Lentilles non remboursées par le régime de base	_	Crédit de 175 €/an/bénéficiai
Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le	_	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficia
régime de base		Create de 250 e/ di i/ cell/ belletiele
Dentaire Soins dentaires remboursés par le régime de base		
Conventionné	90 % BR	80 % 1
Non conventionné	90 % BR	80 %
Prothèses dentaires remboursées par le régime de base,	90 % BR	230 %
y compris couronne implanto-portée (sauf inlays core) Prothèses dentaires non remboursées		
par le régime de base (sauf inlays core)	-	Crédit de 215 €/an/bénéficiai
Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 100 €/ an/ bénéficiai
Orthodontie prise en charge par le régime de base	100 % BR	230 % I
 Orthodontie non prise en charge par le régime de base Inlay core 	90 % BR	Crédit de 200 €/an/bénéficiai 160 % I
Appareillage	90 % BN	100 % t
Fournitures médicales, pansements	90 % BR	100 % F
Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses		
(sauf prothèses auditives)	90 % BR	210 % [
Prothèses auditives prises en charge par le régime de base	90 % BR	360 % BR + crédit 500 €/oreille/bénéficiaire tous les 3 a
Hospitalisation		
■ Frais de séjour ■ Dépassements d'honoraires médecins	100 % BR	220 % E
adhérents au DPTM ⁽⁴⁾		220 /01
Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	-	100 % E
Chambre particulière (y compris ambulatoire)		50 €/jo
Frais d'accompagnant	-	25 €/jo
Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait	
Maternité		
Frais de séjour	100 % BR	
Dépassements d'honoraires médecins	_	220 % [
adhérents au DPTM ⁽⁴⁾		
Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	-	100 % l
Prime de naissance : maternité ou adoption(1)	-	250 € par enfant (350 € à partir du .
Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait	
Psychiatrie		
Frais de séjour	100 % BR	
Dépassements d'honoraires médecins	_	220 %
adhérents au DPTM ⁽⁴⁾		220 70 1
Dépassements d'honoraires médecins	_	100 % E
non adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	100 % du forfait	
Forfait journalier hospitalier	100 % du loildit	
Divers	100 % PD	
■ Forfait journalier hospitalier Divers ■ Transport pris en charge par le régime de base ■ Vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base	100 % BR	Crédit 40 €/an/bénéficiai
Divers Transport pris en charge par le régime de base	100 % BR - 100 % du forfait	Crédit 40 €/an/bénéficiai

^{*}La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue.

(1) Y compris pour l'adoption, versée après demande auprès du régime de base sur justificatif. (2) Actes de prévention, selon les conditions prévues dans l'arrêté du 18 novembre 2014 fixant la liste des prestations de prévention. L'ensemble des actes de prévention est pris en charge au titre du contrat. (3) Forfait acte lourd : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (24 € en 2019). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 €. (4) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM/OPTAM-Co).

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

(Montants au 1er janvier 2019, mentionnés à titre indicatif)

Exemples de remboursements Hors Alsace-Moselle

Détail des prestations	Somme engagée	Remboursement du régime de base	Remboursement du régime complémentaire	Reste à charge du bénéficiaire
CONSULTATION DE MÉDECIN GÉNÉRALISTE				
Consultation avec dépassement d'honoraires	50€	15,10€	33,90€	1€ - participation forfaitaire obligatoire
MONTURE OPTIQUE ÉQUIPÉE DE VERRES MUL	TIFOCAUX			
Monture remboursée par le régime de base	120€	1,70€	109,51€	8,79€
 Verres simple foyer avec sphère de - 8,00 	270€	2,47€	256€	11,53€
Total	390€	4,17€	365,51€	20,32€
PROTHÈSE AUDITIVE				
Prothèse	850€	119,83€	730,17€	0€
COURONNE DENTAIRE				
 Couronne céramo-métallique 	500€	75,25€	430€	0€
HOSPITALISATION DE 4 JOURS EN CHAMBRE F	PARTICULIÈRE POUR	UNE APPENDICECTOR	MIE AVEC ANÉSTHÉSII	E
Appendicectomie avec anésthésie	284,09€	227,27€	56,82€	0€
 Dépassement d'honoraires 	600€	-	600€	0€
Chambre particulière - 4 jours	172€	-	100€	72€
Forfait journalier - 4 jours	72€	-	72€	0€
Participation forfaitaire pour actes lourds	24€	-	24€	0€
Total	1 152,09€	227,27€	852,82€	72€

BASE DE REMBOURSEMENT (BR)

Tarif servant de référence au régime de base pour déterminer le montant de son remboursement.

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Chirurgie réalisée sans hospitalisation dans un établissement de santé ou en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le jour même.

CONVENTIONNÉ / NON CONVENTIONNÉ

Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard du régime de base ayant une incidence sur le montant de vos remboursements.

CRÉDIT

Somme utilisable en une ou plusieurs fois, jusqu'à épuisement, au cours de l'année civile.

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES

Part des honoraires qui se situe au-del à de la base de remboursement du régime de base et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

FORFAIT ACTES LOURDS

Participation forfaitaire de 24 € qui n'est pas remboursée par le régime de base (sauf régime Alsace-Moselle) et qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé, dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'État.

FORFAIT HOSPITALIEF

 $Somme \ due \ quotidiennement \ pour \ tout \ s\'ejour \ hospitalier \ d'une \ dur\'ee \ sup\'erieure \ \grave{a}\ 24 \ heures \ dans \ un \ \acute{e}tablissement \ de \ sant\'e.$

FRAIS D'ACCOMPAGNANT

 $Frais correspondant \ aux \ facilit\'es \ (lit, repas, etc.) \ mises \ \grave{a} \ disposition \ d'une \ personne \ qui \ accompagne \ un \ patient \ hospitalis\'e \ et \ qui \ reste \ auprès.$

FRAIS DE SÉJOUR

Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts des soins et ceux du séjour : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas, etc.

Expression selon laquelle la totalité des dépenses engagées par l'assuré est remboursée (à l'exception des sommes devant rester à sa charge au sens du dispositif des « contrats responsables » : participation forfaitaire ou franchise). HOSPITALISATION

Séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

MÉDECIN TRAITANT

Médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient auprès du régime de base. Il réalise les soins de premier niveau et assure une prévention personnalisée. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient à jour le dossier médical du patient.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé, et être remboursé normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

TICKET MODÉRATEUR (TM)

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

Exemples de remboursements Alsace-Moselle

Détail des prestations	Somme engagée	Remboursement du régime de base	Remboursement du régime complémentaire	Reste à charge du bénéficiaire
CONSULTATION DE MÉDECIN GÉNÉRALISTE				
Consultation avec dépassement d'honoraires	50€	19,70 €	29,30€	1€ - participation forfaitaire obligatoire
MONTURE OPTIQUE ÉQUIPÉE DE VERRES MUI	LTIFOCAUX		-	
Monture remboursée par le régime de base	120€	2,56€	109,51€	7,93€
• Verres simple foyer avec sphère de - 8,00	270€	3,71 €	256€	10,29€
Total	390€	6,27€	365,51€	18,22€
PROTHÈSE AUDITIVE				
Prothèse	900€	179,74€	720,26€	0€
COURONNE DENTAIRE				
Couronne céramo-métallique	500€	96,75€	403,25€	0€
HOSPITALISATION DE 4 JOURS EN CHAMBRE	PARTICULIÈRE POUR	UNE APPENDICECTOR	MIE AVEC ANÉSTHÉSIE	
Appendicectomie avec anésthésie	284,09€	284,09€	-	0€
Dépassement d'honoraires	600€	-	600€	0€
Chambre particulière - 4 jours	172€	-	100€	72€
● Forfait journalier - 4 jours	72€	-	72€	0€
 Participation forfaitaire pour actes lourds 	24€	24€	-	0€
Total	1 152,09€	308,09€	772€	72€

BASE DE REMBOURSEMENT (BR)

Tarif servant de référence au régime de base pour déterminer le montant de son remboursement.

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Chirurgie réalisée sans hospitalisation dans un établissement de santé ou en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le jour même.

CONVENTIONNÉ / NON CONVENTIONNÉ

 $Situation \ desprofessionnels \ de \ sant\'e \ et \ des \ structures \ de \ soins \ au \ regard \ du \ r\'egime \ de \ base \ ayant \ une incidence \ sur le \ montant \ de \ vos \ remboursements.$

CRÉDIT

 $Somme \ utilisable \ en \ une \ ou \ plusieurs \ fois, jusqu'à \'epuisement, \ au \ cours \ de \ l'ann\'ee \ civile.$

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement du régime de base et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

FORFAIT ACTES LOURDS

Participation forfaitaire de 24 € qui n'est pas remboursée par le régime de base (sauf régime Alsace-Moselle) et qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé, dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'État.

FORFAIT HOSPITALIER

Somme due quotidiennement pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé.

FRAIS D'ACCOMPAGNANT

 $Frais correspondant \ aux \ facilit\'es \ (lit, repas, etc.) \ mises \ \grave{a} \ disposition \ d'une \ personne \ qui \ accompagne \ un \ patient \ hospitalis\'e \ et \ qui \ reste \ auprès.$

FRAIS DE SÉJOUR

Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts des soins et ceux du séjour : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas, etc.

Expression selon laquelle la totalité des dépenses engagées par l'assuré est remboursée (à l'exception des sommes devant rester à sa charge au sens du dispositif des « contrats responsables » : participation forfaitaire ou franchise).
HOSPITALISATION

Séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

MÉDECIN TRAITANT

Médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient auprès du régime de base. Il réalise les soins de premier niveau et assure une prévention personnalisée. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient à jour le dossier médical du patient.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé, et être remboursé normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

TICKET MODÉRATEUR (TM)

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

RESEAU DE SOINS

→ CARTE BLANCHE EST UN RÉSEAU OUVERT À TOUS LES OPTICIENS

Le réseau vous permet de bénéficier du tiers payant, c'est-à-dire la dispense d'avance des frais sur vos équipements optiques.

Carte Blanche assure la traçabilité des équipements. De plus, les opticiens partenaires offrent des prestations gratuites pour les assurés tels que l'entretien et le ré-ajustage des lunettes.

Les garanties des opticiens partenaires du Réseau CarteBlanche :

- Casse verres et monture de 2 ans (avec une franchise limitée à 40 %);
- Adaptation verres unifocaux et multifocaux de 6 mois ;
- Traitement antireflet de 2 ans ;
- Adaptation et déchirure lentilles 3 mois.

Les tarifs des verres pour les bénéficiaires Carte Blanchesont de 35 % à 40 % inférieurs aux prix du marché.

→ L'OFFRE CARTE BLANCHE - PRYSME

Carte Blanche propose aux assurés une monture fabriquée en France et équipée de verres simples ou progressifs sans reste à charge pour l'assuré (sous conditions de garantie).

GARANTIE ASSISTANCE

Le tableau des prestations de la garantie Assistance vous est présenté à la page suivante.

1. Tableau des prestations de la garantie Assistance

Informations et services santé	
Informations pratiques et juridiques	Inclus
• Informations par téléphone sur les adresses des professionnels de santé proches du domicile	Inclus
Recherche et envoi d'un professionnel de santé	Inclus
Réservation d'un lit en milieu hospitalier	Inclus
Mise en relation avec un médecin	Inclus
Soutien psychologique en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile	6 entretiens par événement
Assistance de l'enfant malade Durée minimale de l'immobilisation 3 jours	
Garde d'enfant malade <i>ou</i> venue d'un proche	Frais de garde 30 heures ou frais de transport 2 fois par an par enfant
Assistance en cas d'hospitalisation <i>Durée minimale de l'hospitalisation 4 jours</i>	
Accompagnement administratif et social	Inclus
• Enfants mineurs de moins de 16 ans : garde <i>ou</i> venue d'un proche <i>ou</i> transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
 Ascendants: garde ou venue d'un proche ou transfert chez un proche 	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
Assistance au retour d'hospitalisation ou en cas d'immobilisation Durée minimale de l'hospitalisation 4 jours ou de l'immobilisatio	
Organisation et prise en charge de la venue d'un proche	Frais de transport 2 fois par an
Aide-ménagère	10 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'étran	nger
Avance de frais médicaux (à l'étranger)	7500€ par événement
Rapatriement médical (à plus de 100 km du domicile)	Frais de rapatriement par événement

^{*}Garanties non cumulables avec l'aide-ménagère

II. Conditions Générales de la garantie Assistance

Article 1- Dispositions générales de la garantie assistance

1. Objet de l'assistance

La garantie ASSISTANCE est assurée par MUTUAIDE ASSISTANCE (entreprise régie par le Code des assurances située 8-14, avenue des Frères Lumière 94368 Bry sur Marne cedex) est proposée en inclusion de la garantie Frais de santé des salariés non cadres (ouvriers et employés) des entreprises du paysage. Elle comprend un ensemble de prestations mises en œuvre :

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

2. Bénéficiaires

- → les salariés non cadres (ouvriers et employés) des entreprises du paysage,
- → leurs ayants droit tels que définis au titre 7.

3. Début et fin de la garantie

La garantie entre en vigueur dès l'affiliation du salarié à la garantie Frais de santé. Elle cesse tous ses effets en cas de cessation de la garantie Frais de 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.

4. Définitions

L'assistance Santé:

L'assistance aux personnes comprend l'ensemble des prestations mises en œuvre au domicile du bénéficiaire, suite à une hospitalisation ou 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'impôts sur le revenu.

Evènements 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 suite à 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 évènement 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 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 les nouvelles appellations des DOM TOM depuis la Réforme Constitutionnelle du 17 mars 2003, venant modifier les dénominations des DOM TOM et leurs définitions.

L'assistance aux personnes en déplacement :

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

Déplacements garantis :

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

Franchise:

100 km du domicile.

Bagages:

Les effets courants de voyage (maximum 20 kg).

La garantie organise:

La garantie accomplit les démarches nécessaires pour accomplir la prestation.

La garantie prend en charge:

La garantie finance le coût de la prestation.

5. Etendue territoriale de la garantie 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.

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

6. Modalités de mise en œuvre de la garantie

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

En tout état de cause l'assistance qui n'a pas été organisée par MUTUAIDE ou en accord avec elle, ne donne pas droit, à 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 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				
7 jours sur 7 – 24 heures sur 24				
	De France	De l'étranger		
Par téléphone	01 55 98 57 99	33 1 55 98 57 60 (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 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

La garantie d'assistance n'a pas 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;
- → son nom et prénom ;
- → son numéro de Sécurité sociale :
- → l'adresse de son domicile ;
- → le cas échéant, le nom et prénom de la personne qui bénéficiera des prestations;
- → le lieu et le numéro de téléphone où le bénéficiaire ou son représentant peut être joint;
- → la nature de la demande.

Remboursement des frais engagés

MUTUAIDE 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 Service Gestion des Sinistres 8/14 avenue des Frères Lumière 94 368 Bry sur Marne cedex.

Contrôle

Pour ouvrir droit au bénéfice d'une prestation, MUTUAIDE 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.

7. Limites de responsabilité

La responsabilité de MUTUAIDE ne peut en aucun cas être engagée pour des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure, ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique,

interdiction officielle, piraterie, explosion d'engin, effet nucléaire ou radioactif, empêchement climatique.

8. Limites et exclusions de la garantie

Outre les exclusions prévues au point n° 5, la garantie assistance exclut :

- → Les prestations qui n'ont pas été organisées par les soins de MUTUAIDE 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 incapacitant, 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 nationale de votre pays de domicile;
- Les conséquences d'actes dolosifs, de suicide ou de tentative de suicide ;
- → Les conséquences de toute mutilation volontaire du bénéficiaire ;
- → Les dommages provoqués intentionnellement par le bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou à une rixe, sauf en cas de légitime défense;
- → Le montant des condamnations et leurs conséquences;
- → L'usage de stupéfiants ou 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 évènements 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 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 évènements survenus après le 90ème jour du déplacement;
- → Les évènements 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 para médicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant;
- → Les frais de prothèse (optique, dentaire, acoustique, fonctionnelle);
- Les frais de douane, de restauration, hôtel, sauf ceux précisés dans le texte des garanties.

Exclusions de l'Assistance Santé

- → L'hospitalisation du bénéficiaire pour une durée inférieure à 48 heures consécutives ;
- → L'immobilisation du bénéficiaire pour une durée inférieure à 8 jours;
- L'immobilisation de l'enfant du bénéficiaire pour une durée inférieure à 3 jours;
- → Les maladies chroniques ;
- → L'invalidité ou l'infirmité préexistante ;
- → Les séjours en maison de repos et les frais en découlant;
- Les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant;
- → Les maladies chroniques ;
- → Les frais de cure thermale, traitement esthétique, vaccination et les frais en découlant.

9. Traitement des données

En cas de désaccord ou de mécontentement sur la mise en œuvre des garanties d'assistance de votre contrat, nous vous invitons à le faire connaître à MUTUAIDE Assistance en appelant le 01.45.16.65.11 ou en écrivant à oquotidien@mutuaide.fr.

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

MUTUAIDE Assistance Service Qualité Clients 8-14 avenue des Frères Lumière 94368 BRY SUR MARNE 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

10. Collecte des données

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978, l'assuré reconnait 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 8/14 Avenue des Frères Lumière - 94368 BRY SUR MARNE Cedex.

Article 2 - Descriptif des garanties assistance

Les prestations d'assistance proposées par le contrat sont résumées au tableau des prestations de la garantie Assistance.

1. Informations et services santé

Informations pratiques et juridiques :

MUTUAIDE met à la disposition du bénéficiaire, un service de renseignements et d'informations fonctionnant sans interruption 24h/24 et 7j/7. Les prestations sont fournies les jours ouvrables, entre 9H00 et 21H00, dans les délais normalement nécessaires à la satisfaction de la demande.

MUTUAIDE recherche les informations pratiques à caractère documentaire destinées à orienter le salarié dans les domaines de la vie quotidienne. Les informations communiquées par MUTUAIDE 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 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 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 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 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 organise et prend en charge une aide psychologique en mettant le bénéficiaire en relation téléphonique avec un psychologue dans la limite d'un nombre d'entretiens téléphoniques par personne et par événement, tels que défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance figurant au point I.

2. Assistance de l'enfant malade

Garde des enfants

Suite à 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 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 d'un crédit d'heures défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, réparties du lundi au vendredi (hors jours fériés) pour 2 heures minimum par jour, dans une tranche horaire de 8h00 à 19h00.
- → soit un voyage aller et 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.

3. Assistance 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 celle définie dans le tableau des prestations de la garantie Assistance.

Accompagnement administratif et social

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

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 organise et prend en charge, au choix :

- → soit la garde de l'enfant au domicile par une assistante maternelle, dans la limite des contraintes locales, à concurrence d'un crédit d'heures défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, réparties du lundi au vendredi (hors jours fériés) pour 2 heures minimum par jour, dans une tranche horaire de 8h00 à 19h00. L'assistante maternelle se chargera, le cas échéant, de la conduite les enfants à l'école
- → soit un voyage aller et 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;

- soit un voyage aller et retour permettant à un proche de se rendre au domicile du bénéficiaire pour garder
- → soit le transport aller et retour du ou des enfant(s), accompagné(s) par une hôtesse le cas échéant, jusqu'au domicile d'un proche désigné par le bénéficiaire.

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 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 d'un crédit d'heures défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, réparties du lundi au vendredi (hors jours fériés) pour 2 heures minimum par jour, dans une tranche horaire de 8h00 à 19h00;
- → soit un voyage aller et 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 et retour des ascendants jusqu'au domicile d'un proche, désigné par le bénéficiaire.

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 suite à une hospitalisation d'une durée égale à un crédit d'heures défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance;
- → dès le premier jour d'une immobilisation au domicile d'une durée égale à un crédit d'heures défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance.

Organisation et prise en charge de la venue d'un proche Si le bénéficiaire souhaite la présence d'un proche parent, MUTUAIDE 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.

Aide-ménagère

Le bénéficiaire, immobilisé au domicile, est dans l'impossibilité de remplir ses obligations domestiques. MUTUAIDE organise en fonction des disponibilités locales et prend en charge la venue d'une aide-ménagère pour aider aux tâches quotidiennes (entretenir le domicile, préparer les repas, ou effectuer les courses).

Notre prise en charge ne peut excéder le crédit d'heures défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, à raison de 2 heures consécutives minimum par jour (du lundi au vendredi hors jours fériés et dans une tranche horaire de 8h00 à 19h00), réparties dans les 30

jours depuis le premier jour de l'immobilisation au domicile.

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

MUTUAIDE 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 organise et prend en charge, dans la limite des contraintes locales, la livraison des repas à son domicile (comprenant un ou deux repas) selon les conditions définies dans le tableau des prestations de la garantie Assistance.

Cette garantie 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 organise et prend en charge, dans la limite des contraintes locales, la recherche 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 garantie n'est pas cumulable avec la garantie « Aide-ménagère. »

5. Assistance aux personnes en déplacement

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

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

MUTUAIDE 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, dans la limite d'un montant, maximum par bénéficiaire, fixé dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, aux conditions cumulatives suivantes :

- les médecins de MUTUAIDE 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.

Le bénéficiaire ou toute personne autorisée par lui doit :

- → s'engager formellement par la signature d'un document spécifique, fourni par MUTUAIDE lors de la mise en œuvre de la présente prestation;
- engager les démarches de prise en charge des frais auprès des organismes d'assurance dans le délai de 15 jours à compter de la date d'envoi des

- éléments nécessaires à ces démarches par MUTUAIDE ;
- effectuer les remboursements à MUTUAIDE 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, 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 l'attestation de refus de prise en charge de ces organismes, dans la semaine qui suit sa réception.

Pour préserver ses droits ultérieurs, MUTUAIDE 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.

A 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, 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, qui engagera, le cas échéant, toute procédure de recouvrement utile, dont le coût sera supporté par lui.

Pour le cas où MUTUAIDE ferait l'avance des fonds à hauteur des montants exprimés dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, 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 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 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 organise et prend en charge le transport d'un ou deux accompagnant(s) 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, 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.

GLOSSAIRE

BASE DE REMBOURSEMENT (BR)

Tarif servant de référence au régime de base pour déterminer le montant de son remboursement.

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Chirurgie réalisée sans hospitalisation dans un établissement de santé ou en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le jour même.

CONTRAT RESPONSABLE

Contrat complémentaire santé qui s'inscrit dans le dispositif institué par la loi n° 2004-801 du 13 août 2004 et qui, notamment, encourage le respect du parcours de soins coordonnés (qui lui-même repose sur le choix d'un médecin traitant).

CONVENTIONNÉ / NON CONVENTIONNÉ

Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard du régime de base ayant une incidence sur le montant de vos remboursements.

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement du régime de base et qui n'est jamais remboursée par ce dernier. Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM/OPTAM-CO).

FORFAIT ACTES LOURDS

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

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Somme due quotidiennement pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

FRAIS D'ACCOMPAGNANT

Frais correspondant aux facilités (lit, repas, etc.) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et qui reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation.

FRAIS DE SÉJOUR

Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts des soins et ceux du séjour : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas, etc.

FRAIS RÉELS (FR)

Expression selon laquelle la totalité des dépenses engagées par l'assuré est remboursée (à l'exception des sommes devant rester à sa charge au sens du dispositif des « contrats responsables » : participation forfaitaire ou franchise).

HOSPITALISATION

Séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

MÉDECIN TRAITANT

Médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient auprès du régime de base. Il réalise les soins de premier niveauet assure une prévention personnalisée. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient à jour le dossier médical du patient.

OPTAM-OPTAM-CO (OPTIONS PRATIQUES TARIFAIRES MAÎTRISÉES)

Options négociées au niveau national entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins signataires de la Convention médicale de 2016, en remplacement du CAS, visant à modérer les dépassements d'honoraires. L'OPTAM est une option pour les médecins toutes spécialités et l'OPTAM-CO est une option spécifique pour les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé, et être remboursé normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

TARIF D'AUTORITÉ

Le tarif d'autorité est la base de remboursement de la Sécurité sociale applicable aux actes dispensés par un médecin non-conventionné.

TICKET MODÉRATEUR

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



AGRI PRÉVOYANCE – Institution de prévoyance régie par le code rural et de la pêche maritime, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe 4, Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS Cedex 09 - SIRET - 423 959 295 00035 - Membre du GIE AGRICA GESTION - RCS Paris n°493 373 682 - Siège social - 21 rue de la Bienfaisance 75008 Paris - Tél : 01 71 21 00 00 - Fax 01 71 21 00 01 - www.groupagrica.com