



Prévoyance



Santé

ENTREPRISE

Convention Collective Nationale des entreprises du paysage ouvriers et employés

Conditions générales



AGRI PRÉVOYANCE



Groupe AGRICA

Titre 1 —	Dispositions générales	04
ARTICLE 1 - 1	COMPOSITION DU CONTRAT	04
ARTICLE 1 - 2	OBJET DU CONTRAT	04
ARTICLE 1 - 3	ORGANISME ASSUREUR	04
ARTICLE 1 - 4	DÉLÉGATION DE GESTION	04
ARTICLE 1 - 5	PRESCRIPTION	05
ARTICLE 1 - 6	RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE	05
ARTICLE 1 - 7	INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	05
ARTICLE 1 - 8	RÉCLAMATIONS – MÉDIATION	05
ARTICLE 1 - 9	DEGRÉ ÉLEVÉ DE SOLIDARITÉ	06
ARTICLE 1 - 10	LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	06
Titre 2 —	Exécution du contrat	07
ARTICLE 2 - 1	ADHÉSION DES ENTREPRISES AU CONTRAT	07
ARTICLE 2 - 2	PRISE D'EFFET / CESSATION DU CONTRAT	07
ARTICLE 2 - 3	GROUPE ASSURÉ	07
ARTICLE 2 - 4	AFFILIATION	07
ARTICLE 2 - 5	CESSATION DE L'AFFILIATION	08
ARTICLE 2 - 6	DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL INDEMNISÉE	09
ARTICLE 2 - 7	OBLIGATIONS DE L'INSTITUTION	09
ARTICLE 2 - 8	OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE	09
ARTICLE 2 - 9	OBLIGATIONS DU PARTICIPANT	09
Titre 3 —	Les cotisations	10
ARTICLE 3 - 1	TAUX ET MONTANT DES COTISATIONS	10
ARTICLE 3 - 2	ASSIETTE DES COTISATIONS PRÉVOYANCE	10
ARTICLE 3 - 3	DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA COTISATION FRAIS DE SANTÉ	10
ARTICLE 3 - 4	MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS	10
ARTICLE 3 - 5	DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	10
Titre 4 —	Garanties de prévoyance	11
ARTICLE 4 - 1	INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	11
	1 - CONDITIONS D'INDEMNISATION	11
	2 - MODALITÉS D'INDEMNISATION	11
	3 - MONTANT DE L'INDEMNISATION	11
	4 - RÉGLEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES COMPLÉMENTAIRES	11
	5 - COTISATIONS SUR INDEMNITÉS JOURNALIÈRES COMPLÉMENTAIRES	11
	6 - DURÉE DE L'INDEMNISATION	11
ARTICLE 4 - 2	INCAPACITÉ PERMANENTE DE TRAVAIL	12
	1 - CONDITIONS D'INDEMNISATION	12
	2 - MONTANT DE L'INDEMNISATION	12
	3 - RÉGLEMENT DE LA PENSION	12
	4 - DURÉE DE L'INDEMNISATION	12
ARTICLE 4 - 3	REVALORISATION DES PRESTATIONS INCAPACITÉ DE TRAVAIL	12
ARTICLE 4 - 4	CUMUL DES PRESTATIONS INCAPACITÉ DE TRAVAIL	12
ARTICLE 4 - 5	CONTRÔLE DE L'INSTITUTION	12
ARTICLE 4 - 6	CAPITAL DÉCÈS	13
	1 - VERSEMENT D'UN CAPITAL DÉCÈS	13
	2 - BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL DÉCÈS	13
	3 - RÉGLEMENT DU CAPITAL DÉCÈS	13
	4 - INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE	14
ARTICLE 4 - 7	RENTE ÉDUCATION	14
ARTICLE 4 - 8	INDEMNITÉ FRAIS D'OBSÈQUES	15
ARTICLE 4 - 9	CESSATION DE LA GARANTIE DÉCÈS	15
ARTICLE 4 - 10	PORTABILITÉ	15
ARTICLE 4 - 11	EXCLUSION DES GARANTIES DE PRÉVOYANCE	15
Titre 5 —	Garantie frais de santé	16
ARTICLE 5 - 1	BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE	16
ARTICLE 5 - 2	ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE	16
ARTICLE 5 - 3	MONTANT DE LA GARANTIE	16
ARTICLE 5 - 4	LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIES	16
ARTICLE 5 - 5	ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE	16
ARTICLE 5 - 6	RÉGLEMENT DES PRESTATIONS ET CONTRÔLE	16
ARTICLE 5 - 7	CESSATION DE LA GARANTIE	17
ARTICLE 5 - 8	MAINTIEN DE LA GARANTIE	17
ARTICLE 5 - 9	GARANTIE ASSISTANCE	17
Titre 6 —	Maintien des garanties du régime au titre de la portabilité	18
Annexe 1 —	Définitions	19
Annexe 2 —	Tableaux des garanties	20
Annexe 3 —	Garantie assistance	23

Préambule

Les présentes conditions générales précisent les modalités de mise en œuvre du régime de Prévoyance et de Frais de santé à destination des ouvriers et employés des entreprises du paysage.

Ce régime, unique et indissociable, entre en vigueur au 1^{er} janvier 2015. Il 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 2015, donnant lieu à un nouvel avenant, l'avenant n° 15, signé le 30 septembre 2015.

Dans cet avenant, les partenaires sociaux ont supprimé la condition d'ancienneté applicable à la garantie Frais de santé afin d'être conformité avec la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013. Par ailleurs, ils ont procédé à l'aménagement des tableaux de garanties conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, respectant ainsi l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables.

Titre 1 — Dispositions générales

Article 1-1

Composition du contrat

Le présent contrat se compose :

- des présentes Conditions générales;
- d'un bulletin d'adhésion valant engagement de l'entreprise de faire bénéficier l'ensemble des salariés appartenant au groupe assuré, des garanties définies par le chapitre VII de la Convention Collective Nationale des entreprises du Paysage du 10 octobre 2008 tel que modifié par l'avenant n° 15 du 30 septembre 2015.

Il est régi par le LIVRE IX du Code de la Sécurité sociale.

Article 1-2

Objet du contrat

Les présentes Conditions générales décrivent les garanties de Prévoyance et Frais de santé définies par la Convention Collective Nationale des entreprises du Paysage. Ces garanties revêtent un caractère collectif et obligatoire.

Les dispositions relatives au régime Prévoyance et frais de santé s'imposent à toutes les entreprises relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale des entreprises du Paysage du 10 octobre 2008, tant en termes de garanties que de niveau de prestations.

Sont ainsi visées toutes les entreprises du Paysage qui remplissent les conditions suivantes :

- qui ont leur siège social ou leurs agences sur le territoire métropolitain, y compris en Corse ou dans les départements et régions d'Outre-mer (DROM);
- dont l'activité exclusive ou principale, définie au 2° de l'article L. 722-2 du Code rural et de la pêche maritime, s'exerce dans un ou plusieurs des secteurs suivants :
 - réalisation et entretien de parcs et jardins, paysagisme d'intérieur, aménagements paysagers, réalisation et entretien des espaces engazonnés des terrains de sports, à l'exclusion des travaux non liés à l'aménagement paysager;
 - engazonnement par projection, application de produits phytopharmaceutiques;
 - reboisement, élagage, débroussaillage « abattage d'arbres d'alignement et d'ornement »;

- arrosage automatique lié à l'aménagement paysager;
- végétalisation, travaux génie végétal et de génie écologique;
- petits travaux de jardinage, dans le cadre des entreprises de services à la personne agréées.

Les activités du champ d'application de la présente convention collective comprennent les travaux de maçonnerie paysagère nécessaires à la réalisation d'ouvrages paysagers.

Sont également inclus dans le champ d'application, les activités décrites en référence au code NAF 8130Z ainsi que le syndicat professionnel d'employeurs dont l'activité s'exerce à titre exclusif au profit des entreprises couvertes par le présent champ et dont il est mandataire.

Article 1-3

Organisme assureur

Les garanties du contrat sont assurées par AGRI PRÉVOYANCE, Institution de Prévoyance dont le siège social est situé, 21 rue de la Bienfaisance – 75 382 PARIS Cedex 08. Cette institution est régie par l'article L. 727-2-II du Code rural et de la pêche maritime. Elle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont le siège se situe 61 rue Taitbout, 75009 PARIS. AGRI PRÉVOYANCE est dénommée ci-après « l'Institution ».

Article 1-4

Délégation de gestion

Pour les entreprises de la métropole, la gestion administrative des prestations incapacité temporaire de travail et frais de santé est déléguée aux caisses de la Mutualité Sociale Agricole dont relèvent les entreprises adhérentes et les participants.

Pour les entreprises des départements et régions d'Outre-mer (DROM), la gestion des prestations incapacité temporaire de travail est assurée directement par l'Institution. En revanche, l'Institution délègue le versement des prestations complémentaires frais de santé à CCMO Mutuelle, 6, avenue du Beauvaisis, PAE du Haut Villé, CS 50993, 60014 BEAUVAIS Cedex.

Article 1-5**Prescription**

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

- par deux ans en ce qui concerne l'appel de cotisations ;
- par deux ans en ce qui concerne la garantie frais de santé ;
- par cinq ans en ce qui concerne la garantie incapacité temporaire de travail ;
- par deux ans en ce qui concerne la garantie incapacité permanente de travail ;
- par dix ans en ce qui concerne la garantie décès, lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré et par deux ans lorsque le bénéficiaire est l'assuré.

Toutefois ce délai ne court :

1- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance ;

2- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

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

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

Il s'agit notamment de :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du Code civil) ;
- Une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du Code civil).

- L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;
- Un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestation ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée 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 1-6**Recours contre tiers responsable**

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

Article 1-7**Informatique et Libertés**

Les informations concernant les participants et leurs ayants droit sont destinées aux services de l'Institution, à ses mandataires dont la MSA, intermédiaire(s), réassureur(s) et coassureur(s) ainsi qu'aux organismes professionnels intervenant au contrat.

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, les intéressés peuvent exercer, en justifiant de leur identité, leur droit d'accès et de rectification aux données les concernant en adressant un courrier au siège de l'Institution à l'attention du Correspondant Informatique et Libertés AGRI PRÉVOYANCE, 21, rue de la Bienfaisance, 75382 PARIS Cedex 08, ou par courriel à l'adresse suivante : cnil.blf@groupagricom.com.

Article 1-8**Réclamations – Médiation**

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

- **soit par courrier à l'Institution** - Service Réclamations, 21 rue de la Bienfaisance, 75382 Paris cedex 08;
- **soit par courriel** sur le site Internet d'AGRICA, www.groupagric.com, en cliquant sur la rubrique « Une question, contactez-nous » puis en précisant le sujet de votre demande « Faire une réclamation ».

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

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

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

Par suite, un recours peut être présenté par l'entreprise ou le participant auprès du Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP) dont le siège se situe 10, rue Cambacérés, 75008 Paris.

Article 1-9**Degré élevé de solidarité**

Les salariés en difficulté sociale, professionnelle ou matérielle peuvent bénéficier des prestations présentant un degré élevé de solidarité.

À ce titre, la garantie Frais de santé étant maintenue, notamment au titre des droits non contributifs, sans contrepartie de cotisation au profit :

- des salariés en arrêt de travail à partir d'une absence d'un mois civil complet et pendant toute la période d'arrêt indemnisée par le régime de base obligatoire;
- des ayants droit d'un salarié décédé jusqu'à la fin des 3 mois civils suivant la date du décès.

Pour compléter ces actions de solidarité, la Commission Paritaire de Suivi du Régime pourra décider, chaque année, de mettre en œuvre une politique d'action sociale et/ou de prévention.

En outre, les ouvriers et employés peuvent bénéficier de l'action sociale d'AGRI PRÉVOYANCE.

Article 1-10**Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme**

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

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

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

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

Titre 2 — Exécution du contrat

Article 2-1

Adhésion des entreprises au contrat

1 – Adhésion à l'organisme assureur recommandé

L'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel de la CCN des entreprises du Paysage a la faculté d'adhérer à AGRI PRÉVOYANCE, organisme assureur recommandé par les partenaires sociaux afin de satisfaire aux obligations conventionnelles résultant du chapitre VII de la CCN des entreprises du Paysage.

2 – Modalités d'adhésion des entreprises

Les entreprises déjà adhérentes à l'Institution avant le 1^{er} janvier 2015, recevront un certificat d'adhésion confirmant leur adhésion au nouveau régime de la CCN des entreprises du Paysage.

Les entreprises qui n'étaient pas adhérentes à l'Institution précédemment doivent demander leur adhésion à l'Institution qui leur adresse en retour, un dossier comprenant notamment les présentes Conditions générales, la notice d'information et le bulletin d'adhésion. Dans tous les cas, l'Institution procède à l'enregistrement de l'adhésion de l'entreprise et lui confirme la prise en compte de celle-ci par l'envoi d'un certificat d'adhésion.

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

- la cessation d'activité de l'entreprise adhérente;
- le changement d'activité faisant sortir l'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.

3 – Révision des garanties ou des cotisations

Les dispositions du présent contrat sont établies en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de signature de l'avenant n° 15 du 30 septembre 2015.

Les niveaux de garanties et les taux de cotisations sont déterminés par les partenaires sociaux de la CCN des entreprises du Paysage. Toute modification sera automatiquement répercutée sur les dispositions du présent contrat et les entreprises seront, alors, informées par l'Institution.

Article 2-3

Groupe assuré

Le groupe assuré est constitué par l'ensemble des ouvriers et employés 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.

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

L'ouverture du droit aux prestations s'effectue selon les conditions d'ancienneté prévues pour chaque garantie.

Article 2-2

Prise d'effet / Cessation du contrat

1 - Prise d'effet

Le contrat prend effet :

- au 1^{er} janvier 2015, pour les entreprises déjà adhérentes à l'Institution avant cette date;
- au 1^{er} jour du mois civil suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par l'Institution ou au plus tôt à la date d'embauche du premier salarié pour les entreprises ayant adhéré à l'Institution après le 1^{er} janvier 2015.

La date de prise d'effet du contrat est précisée sur le certificat d'adhésion adressé à l'entreprise adhérente.

2 – Cessation du contrat

Le présent régime résultant d'une obligation prévue dans une convention de branche, et conformément à l'article L. 932-12 du Code de la Sécurité sociale, les seuls cas de cessation de l'adhésion sont :

Article 2-4

Affiliation

1 – Principe

Doit être obligatoirement affilié au présent contrat l'ensemble des salariés présents et futurs constituant le groupe assuré.

À compter du 1^{er} janvier 2015, tout changement de situation (entrée de personnel, changement de situation familiale) doit être porté à la connaissance de l'Institution via un bulletin d'affiliation.

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;
- pour les enfants à charge, un certificat de scolarité ou d'apprentissage ou une photocopie de la carte d'invalidité.

Les formalités d'affiliation ne sont pas requises pour tous les salariés dont l'affiliation à l'Institution est antérieure au 1^{er} janvier 2015.

L'affiliation du participant prend effet :

- **à la date de l'adhésion de l'entreprise et au plus tôt le 1^{er} janvier 2015,**
- **à la date d'embauche** lorsque le participant est engagé postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat et sous réserve que l'entreprise ait effectué les formalités d'affiliation.

Dans tous les cas, l'Institution confirme l'affiliation par l'envoi d'un certificat d'affiliation à l'entreprise adhérente qui le remettra au participant.

Les garanties du présent contrat prennent effet selon les conditions propres à chaque garantie.

2 - Règles spécifiques pour la garantie Frais de santé

Tous les participants, dès leur embauche, sont affiliés et bénéficient de la garantie frais de santé.

Sans préjudice des cas de dispense de droit prévus à l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale, peuvent être dispensés d'affiliation à la garantie frais de santé les participants se trouvant dans l'une des situations suivantes :

- les participants bénéficiant 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 couverture ou de cette aide;
- les participants déjà couverts par ailleurs :
 - en qualité d'ayant droit : cette dispense

d'affiliation prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit;

- par l'exercice d'une autre activité exercée simultanément chez plusieurs employeurs ne relevant pas tous du champ d'application de la CCN des entreprises du Paysage;
- les participants couverts par la garantie Frais de santé du Paysage à titre d'ayant droit (en tant que conjoint travaillant dans la même entreprise qu'un salarié déjà affilié);
- les participants exerçant une activité à temps partiel ou en contrat d'apprentissage, dès lors que la cotisation santé à leur charge est égale ou supérieure à 10% de leur rémunération brute.

La mise en œuvre de l'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que **sur demande expresse du salarié concerné**, qui devra produire chaque année à l'entreprise adhérente, les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

Préalablement à la demande de dispense, l'employeur doit informer son salarié des conséquences de son choix d'être dispensé. Dès lors, l'employeur doit indiquer au salarié qu'il n'est pas redevable de la cotisation santé et qu'il ne bénéficiera ni des prestations ni du droit à portabilité. Le salarié doit indiquer dans sa demande de dispense qu'il reconnaît avoir été informé en bonne et due forme.

Dans les cas de dispense d'affiliation précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'entreprise adhérente.

L'entreprise informe annuellement l'Institution de la situation de dispense du participant. À défaut, le participant est automatiquement affilié à la garantie frais de santé.

Le participant qui ne remplit plus les conditions requises à la dispense d'affiliation doit en informer l'entreprise adhérente. Il doit alors obligatoirement être affilié au présent contrat à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant.

Article 2-5

Cessation de l'affiliation

Sous réserve du maintien des prestations en cours de service, pour chaque participant, les garanties prennent fin à la date de cessation de son affiliation dans les conditions ci-dessus.

En tout état de cause, elles cessent, excepté pour les participants bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi-Retraite, à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) ou de tout autre régime de base de Sécurité sociale, y compris pour inaptitude au travail.

Article 2-6

Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

Les garanties de Prévoyance sont maintenues pendant la période de suspension du contrat de travail, au participant indemnisé au titre de l'incapacité de travail temporaire pour cause de maladie, accident de la vie privée, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle pris en charge par le régime de base.

La garantie Frais de santé est maintenue, sans contrepartie de cotisation, pendant la période de suspension du contrat de travail, au participant en arrêt de travail à partir d'une absence d'un mois civil complet et pendant toute la période d'arrêt indemnisée par le régime de base.

Article 2-7

Obligations de l'Institution

L'Institution s'engage à :

- établir et mettre à la disposition de l'entreprise adhérente une notice d'information détaillée qui définit notamment les garanties prévues par le contrat et les modalités d'application ;
- informer les participants des conditions dans lesquelles ils peuvent bénéficier du maintien des garanties prévues à l'article 5-8 des présentes conditions générales.

Article 2-8

Obligations de l'entreprise adhérente

1 – À l'égard du participant

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

- remettre à chaque participant la notice d'information établie par l'Institution et prévue à l'article précédent ;

- avertir, par écrit, les participants des modifications apportées à leurs droits et obligations suite à une révision du régime.

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

2 – À l'égard de l'Institution

L'entreprise adhérente s'oblige :

- à affilier l'ensemble des participants appartenant au groupe assuré ;
- à verser les cotisations selon les modalités définies ci-après ;
- à répondre aux questions de l'Institution, de la MSA ou de CCMO MUTUELLE (pour les DROM) relatives à l'application du contrat ;
- à fournir à l'Institution les éléments nécessaires à la gestion du présent contrat, notamment les entrées et sorties du personnel.

L'entreprise adhérente devra respecter le dispositif légal relatif à la Déclaration Sociale Nominative (DSN) à compter de sa date d'entrée en vigueur. Pour la gestion du présent contrat, l'entreprise adhérente s'engage, notamment, à compléter la dite déclaration des données de paramétrage transmises par l'Institution.

Article 2-9

Obligations du participant

Chaque participant s'oblige à :

- accepter le précompte des cotisations ;
- fournir à l'Institution, à la CMSA (Caisse de Mutualité sociale agricole), ou à CCMO MUTUELLE les renseignements nécessaires à l'établissement de ses droits et obligations, soit par l'intermédiaire de l'entreprise adhérente, soit directement en cas de maintien des garanties dans les conditions prévues à l'article 5-8.

Titre 3 — Les cotisations

Article 3-1 Taux et montant des cotisations

Les taux et montant des cotisations finançant les garanties du présent contrat, ainsi que leur répartition entre l'entreprise adhérente et le participant, **sont déterminés par les partenaires sociaux de la CCN des entreprises du Paysage.**

Ils sont communiqués, chaque année, par l'Institution à l'entreprise adhérente.

Article 3-2 Assiette des cotisations prévoyance

Les cotisations prévoyance sont appelées en pourcentage du salaire et sont calculées sur la base des rémunérations brutes entrant dans l'assiette des cotisations de Sécurité sociale, telle que définie à l'article L. 741-10 du Code rural et de la pêche maritime.

L'assiette des cotisations prévoyance est limitée aux tranches A et B des rémunérations.

Les cotisations prévoyance sont dues dès l'affiliation du salarié.

Article 3-3 Dispositions spécifiques à la cotisation frais de santé

La cotisation Frais de santé est exprimée en euros. La cotisation est due dès l'affiliation du salarié.

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

Article 3-4 Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations sont appelées et recouvrées par les CMSA auprès des entreprises adhérentes, conjointement aux cotisations sociales de base, dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités que les Assurances Sociales Agricoles.

Pour les entreprises des DROM, les cotisations sont appelées et recouvrées par l'Institution.

Elles sont directement précomptées sur les fiches de paie des salariés par l'employeur.

À compter de l'entrée en vigueur de la Déclaration Sociale Nominative (DSN), les cotisations devront être versées mensuellement pour les entreprises de plus de 9 salariés et trimestriellement pour les entreprises de 9 salariés au plus.

Elles seront exigibles dès la date maximale de dépôt de la déclaration sociale nominative (DSN) et doivent être réglées au plus tard dans les 15 jours qui suivent.

L'Institution procédera à une régularisation annuelle des cotisations sur la base des éléments fournis mensuellement par l'entreprise adhérente au début de l'exercice suivant.

Article 3-5 Défaut de paiement des cotisations

Sous réserve des cas de maintien des garanties sous forme de contrat individuel, dans les conditions prévues à l'article 5-8, le versement des cotisations prévues par le présent contrat est de la seule responsabilité de l'entreprise adhérente, même si une fraction de celles-ci est à la charge effective des participants.

En cas de non-paiement des cotisations dans le délai imparti, il sera fait application de majorations de retard selon les mêmes modalités que celles applicables aux cotisations d'assurances sociales.

Si la procédure précontentieuse demeure infructueuse, une procédure contentieuse sera diligentée.

Titre 4 — Garanties de prévoyance

Article 4-1

Incapacité temporaire de travail

Les prestations susceptibles d'être servies pour une incapacité temporaire de travail sont des **indemnités journalières complémentaires** à celles versées par le régime de base au titre de l'assurance maladie, accident du travail ou maladie professionnelle.

1 – Conditions d'indemnisation

Le versement de l'indemnité journalière complémentaire intervient à condition que le participant perçoive des indemnités journalières par le régime de base.

En cas d'accident du travail, de trajet et de maladie professionnelle, le bénéficiaire de la garantie incapacité temporaire de travail est accordé **sans condition d'ancienneté**.

En cas de maladie et d'accident de la vie privée, le bénéficiaire de cette même garantie est accordé, sous réserve de justifier **de 12 mois d'ancienneté continue ou non** dans l'entreprise.

2 – Modalités d'indemnisation

Le versement de l'indemnité journalière complémentaire intervient pour chaque arrêt de travail :

- **à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail**, si celui-ci est consécutif à un accident du travail, de trajet ou à une maladie professionnelle;
- **à compter du 8^e jour d'arrêt de travail**, s'il est consécutif à une maladie ou un accident de la vie privée.

3 – Montant de l'indemnisation

L'indemnisation globale (indemnités journalières versées par le régime de base ainsi que les indemnités complémentaires AGRI PRÉVOYANCE) est fixée à :

- 100 % du salaire net pendant 90 jours;
- puis 80 % du salaire net, tant que dure le versement des indemnités journalières du régime de base.

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.

En cas de réduction ou de suspension des **prestations en**

espèces du régime de base, les indemnités journalières complémentaires versées par l'Institution sont également réduites ou suspendues dans les mêmes conditions et proportions que celles du régime de base.

4 – Règlement des indemnités journalières complémentaires

Pour les participants en France métropolitaine, l'indemnité journalière complémentaire est réglée par la MSA conjointement et selon la même périodicité que les indemnités journalières de base.

Pour les participants des DROM, l'indemnité journalière complémentaire est réglée directement par l'Institution dès réception des justificatifs du régime de base.

Elle est versée directement au participant ou à l'entreprise adhérente lorsque celle-ci est subrogée dans les droits de l'intéressé.

5 – Cotisations sur indemnités journalières complémentaires

La garantie incapacité temporaire de travail est complétée par une assurance des charges patronales financée par une cotisation à la charge de l'entreprise.

Cette assurance prévoit le versement d'indemnités correspondant aux charges sociales patronales dues sur les indemnités journalières complémentaires versées en cas d'incapacité temporaire de travail d'un salarié.

Les indemnités journalières sont servies nettes de cotisations salariales, de CSG et de CRDS.

Les charges sociales dues sur les indemnités journalières complémentaires sont payées à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole par AGRI PRÉVOYANCE.

6 - Durée de l'indemnisation

Le service de l'indemnité journalière complémentaire est maintenu tant que l'indemnité journalière du régime de base est servie au participant.

En cas de rupture du contrat de travail intervenant avant la fin de la période d'indemnisation du régime de base, les indemnités journalières complémentaires continuent à être versées jusqu'à la fin de l'indemnisation par le régime de base.

Toutefois, pour les participants bénéficiaires du dispositif cumul Emploi-Retraite, le service de l'indemnité journalière, attribuée au titre de sa reprise d'activité, cesse à la rupture du contrat de travail.

Article 4-2

Incapacité permanente de travail

—
La prestation susceptible d'être versée pour incapacité permanente de travail est une pension complémentaire en cas d'attribution par le régime de base d'une pension dans le cadre de l'Assurance invalidité ou d'une rente dans le cadre de l'Assurance des accidents du travail ou maladies professionnelles.

1 – Conditions d'indemnisation

Le droit à la pension d'invalidité complémentaire est ouvert **aux salariés justifiant d'une ancienneté continue ou non de 12 mois** dans l'entreprise qui seraient reconnus invalides sans indemnisation préalable au titre de la garantie incapacité temporaire.

Toutefois, les salariés précédemment indemnisés au titre de la garantie incapacité temporaire bénéficient de la prestation sans condition d'ancienneté.

L'attribution de la pension complémentaire est conditionnée au versement par le régime de base d'une pension d'invalidité catégorie 2 ou 3 ou d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle pour incapacité professionnelle correspondant à un taux égal ou supérieur à 66,66 %.

2 – Montant de l'indemnisation

Le montant de la pension complémentaire est au maximum égal à 80 % du salaire net sous déduction de la pension d'invalidité ou de la rente incapacité servie au titre du régime de base obligatoire.

Le salaire net retenu pour calculer le montant de la pension complémentaire correspond au douzième des salaires nets perçus au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail pour maladie ou accident.

Le salaire net s'entend du salaire brut déduction faite des cotisations et contributions sociales légales et conventionnelles.

3 – Règlement de la pension

La pension complémentaire, nette de toutes cotisations ou contribution est payée au participant par l'Institution **mensuellement à terme échu**, sous réserve de présentation des justificatifs nécessaires, notamment de la notification du régime de base, pendant toute la durée de l'incapacité permanente de travail, jusqu'aux termes prévus à l'article ci-dessous.

4 - Durée de l'indemnisation

Le versement de la pension complémentaire est maintenu tant que la pension d'invalidité catégorie 2 ou 3 ou la rente accident du travail ou maladie professionnelle pour une incapacité au moins égale à 66,66 % du régime de base est servie au participant.

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

- **au décès du participant** s'il intervient avant la liquidation de la pension de vieillesse ;
- **à la date d'attribution de la pension de vieillesse** par un régime de Sécurité sociale et au plus tard à la date de la liquidation de la pension de vieillesse à taux plein y compris lorsque la pension est complémentaire à une rente accident du travail ou maladie professionnelle.

Article 4-3

Revalorisation des prestations incapacité de travail

—
À la fin de chaque année civile, la revalorisation des prestations incapacité de travail, temporaire et permanente, est examinée par le Conseil d'administration de l'Institution lequel fixe, pour l'exercice suivant, le coefficient servant à la revalorisation des prestations en cours de service.

Article 4-4

Cumul des prestations incapacité de travail

—
Le cumul des prestations versées par le régime de base et par l'Institution et des fractions de salaires éventuellement payées, ne peut excéder le montant du salaire retenu pour le calcul des prestations.

La majoration pour tierce personne versée par le régime de base au participant bénéficiaire 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.

Article 4-5

Contrôle de l'institution

—
L'Institution se réserve à tout moment la faculté **d'apprécier et de contrôler l'état d'incapacité du participant**.

Si le participant s'oppose aux visites et/ou aux examens

médicaux, l'Institution est autorisée à suspendre ou interrompre de plein droit le paiement des prestations en cours à la suite de ce contrôle.

—

L'Institution peut demander au participant tout justificatif qui lui semblerait nécessaire, afin de vérifier que le montant de l'indemnisation ne dépasse pas les limites prévues à l'article 4-4. Le défaut de production de justificatifs peut entraîner la suspension ou l'interruption du versement des prestations.

Article 4-6

Capital décès

—

1 – Versement d'un capital décès

Pour le capital décès (capital et majorations familiales), le versement n'est assorti d'aucune condition d'ancienneté.

—

Capital de base

En cas de décès d'un participant, l'Institution verse, à la demande du (des) bénéficiaire(s) ou de l'entreprise adhérente, un capital décès de base d'un montant égal à 120 % de son salaire brut annuel retenu dans la limite de 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Le salaire annuel brut servant de base au calcul du capital décès est égal à la somme des rémunérations brutes ayant donné lieu à cotisations au titre des 4 derniers trimestres civils ayant précédé le décès ou l'arrêt de travail pour maladie ou accident.

Lorsque le participant a moins de 4 trimestres civils d'activité dans l'entreprise adhérente, ses rémunérations sont reconstituées sur 4 trimestres civils complets.

En cas de décès précédé d'une indemnisation au titre de l'incapacité temporaire ou permanente de travail, le 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 en cours de service.

—

Majoration pour enfant à charge

Le capital de base est majoré de 25 % du salaire brut annuel, retenu dans la limite de 4 plafonds de Sécurité sociale, par enfant à charge au jour du décès.

—

2 – Bénéficiaires du capital décès

Le capital est versé comme suit :

→ en présence d'un conjoint et/ou de descendants survivants, ci-après désignés « bénéficiaires prioritaires » :

- en totalité au conjoint survivant non séparé de corps, si le salarié n'a pas notifié de répartition à l'Institution entre les bénéficiaires prioritaires ;
- entre le conjoint qui ne peut se voir attribuer moins de 50 % du capital, et les descendants, si le salarié a notifié à l'Institution une répartition entre ces derniers.

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 aux descendants.

→ en cas d'absence de bénéficiaires prioritaires, le capital est attribué dans l'ordre suivant :

- aux bénéficiaires désignés par le participant ;
- au concubin tel que défini à l'annexe 1 ;
- aux héritiers.

—

Si l'une des personnes désignées est décédée au jour du versement du capital de base, sa fraction de capital est répartie par parts égales entre les bénéficiaires restants.

Cette désignation peut :

- se faire en remplissant le bulletin de désignation prévu à cet effet ;
- ou faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

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

Toute désignation ou changement de désignation non portés à la connaissance de l'Institution lui est inopposable.

—

Majorations pour enfant à charge

Les majorations sont versées aux enfants à charge tels que définis à l'annexe 1.

Elles sont versées dans tous les cas aux seules personnes qui les ont générées, directement à l'enfant à charge si ce dernier est majeur, ou à son représentant légal, s'il est mineur.

—

3 – Règlement du capital décès

En cas de décès du participant, l'entreprise adhérente ou le(s) bénéficiaire(s) des prestations déclare(nt) dans les plus brefs délais le décès du participant à l'Institution, qui lui (leur) transmet un dossier de demande de règlement des prestations ainsi que la liste des pièces justificatives.

—

Le règlement des prestations (capital décès et indemnité funéraire) est effectué dans les dix jours ouvrés, hors délais bancaires, suivant la date de réception par l'Institution du dossier de demande de versement, dûment complété et accompagné de l'intégralité des pièces justificatives.

Au-delà d'un délai d'un mois civil suivant la réception des pièces nécessaires au paiement, les prestations non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

—

À compter du 1^{er} janvier 2016, l'Institution 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.

Les prestations non versées au-delà d'un délai d'un mois civil suivant la réception des pièces nécessaires au paiement 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 l'Institution du décès du participant, les sommes dues au titre des prestations décès seront déposées à la Caisse des dépôts et consignations. Ce dépôt libère l'Institution 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 reversées à l'État dans un délai de trente ans suivant le décès du participant.

—

4 – Invalidité absolue et définitive

Est assimilée au décès, l'invalidité absolue et définitive interdisant au participant toute activité rémunérée et lui permettant de bénéficier de l'assistance d'une tierce personne au sens de l'assurance invalidité ou de l'assurance

accident du travail et maladie professionnelle du régime de base.

L'invalidité absolue et définitive ouvre droit à la demande du participant ou de son représentant légal, après constatation médicale, au paiement par anticipation, en une seule fois, du capital décès de base tel que défini ci-dessus, hors majoration pour enfants à charge.

La survenance ultérieure du décès du participant ayant perçu le capital de base au titre de l'invalidité absolue et définitive ne donnera pas lieu au versement d'un nouveau capital.

Toutefois, les majorations pour enfant à charge seront, le cas échéant, versées aux enfants à charge du participant au jour de son décès.

Article 4-7

Rente éducation

—

En cas de décès d'un participant, justifiant de 12 mois, continus ou non dans l'entreprise, l'Institution verse à chaque enfant à charge tel que défini à l'annexe 1 des présentes Conditions générales, une rente annuelle d'éducation.

—

1 – Montant de la rente d'éducation

Le montant annuel de cette rente d'éducation égale à :

- 50 points s'il a moins de 11 ans ;
- 75 points s'il a au moins 11 ans et moins de 18 ans ;
- 100 points s'il a au moins 18 ans et moins de 26 ans et qu'il poursuit des études ou quel que soit son âge s'il a été reconnu invalide avant son 21^e anniversaire.

La valeur du point est égale à celle du point AGRI PRÉVOYANCE revalorisée au 1^{er} septembre de chaque année par le Conseil d'administration, après information de la Commission Paritaire de Suivi.

À titre informatif, la valeur du point au 1^{er} septembre 2015 est égale à 22,05 euros.

—

2 – Bénéficiaires de la rente d'éducation

La rente d'éducation est versée :

- soit directement à l'enfant à charge qui l'a générée, s'il est majeur ;
- soit à son représentant légal, ou avec son accord, à la personne en ayant la charge effective, s'il est mineur.

Pour le bénéfice de la rente éducation, les définitions de « enfants » et « enfants à charge » sont celles énoncées à l'annexe 1.

—

3 - Règlement de la rente d'éducation

Le paiement de la rente s'effectue dans les 10 jours ouvrés, hors délais bancaires, suivant la réception par l'Institution de prévoyance de la demande de prestations comportant l'attestation par l'entreprise adhérente que le participant était bien garanti à la date du décès et sous réserve de la complétude du dossier.

Le premier versement de la rente est effectué lors du paiement du capital décès, hors invalidité absolue et définitive (IAD).

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 l'Institution de prévoyance l'a reçue.

La rente cesse d'être payée à la fin du trimestre au cours duquel l'enfant n'est plus à charge.

décès est maintenue, en cas de rupture du contrat de travail, pour les participants indemnisés par le présent contrat au titre :

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

Article 4-10 Portabilité

Les dispositions prévues au Titre 6 relatives à la portabilité s'appliquent aux garanties de prévoyance à compter du 1^{er} juin 2015.

Article 4-11 Exclusion des garanties de prévoyance

Sont garantis par l'Institution 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 4-8 Indemnité frais d'obsèques

Pour l'indemnité frais d'obsèques, le versement n'est assorti d'aucune condition d'ancienneté.

En cas de décès du conjoint non séparé de corps, du concubin, du cocontractant d'un PACS ou d'un enfant à charge du participant, tels que définis à l'annexe 1, il est versé à une indemnité frais d'obsèques à ce dernier, sous réserve qu'il ait effectivement supporté les frais d'obsèques. Cette indemnité est égale au montant des frais réellement engagés et limitée à 100 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au moment du décès.

L'indemnité frais d'obsèques est calculée et payée par l'Institution sous un délai maximum de 10 jours ouvrés, hors délais bancaires, à compter de la réception du dossier complet.

Article 4-9 Cessation de la garantie décès

Conformément aux dispositions de l'article 2-5, la garantie décès cesse à la date de cessation de l'affiliation du participant.

Par exception aux dispositions de l'alinéa précédent, et sous réserve des dispositions prévues à l'article 4-10, la garantie

Titre 5 — Garantie frais de santé

Article 5-1

Bénéficiaires de la garantie

La garantie est accordée au participant, en activité ou en incapacité de travail (temporaire ou permanente) pour maladie, accident de la vie privée, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle, ainsi qu'à ses ayants droit, dès son embauche, et qu'il bénéficie de droits ouverts au titre des prestations en nature du régime de base.

Article 5-2

Entrée en vigueur de la garantie

1- Participant

La garantie entre en vigueur dès l'embauche du salarié.

2- Ayants droit

La garantie entre en vigueur à l'égard des ayants droit, soit :

- concomitamment à la date de prise d'effet des garanties du participant ;
- à la date de survenance de l'événement (mariage, concubinage, PACS, naissance ou adoption d'un enfant) ou en cas de changement dans la situation familiale du participant, dûment déclaré à l'Institution.

Article 5-3

Montant de la garantie

Les montants des remboursements garantis par le présent contrat correspondent à ceux prévus par l'avenant n° 15 du 30 septembre 2015 à la CCN des entreprises du paysage.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale ou en euros. Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, c'est-à-dire du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Les prestations optique « équipement, verres et monture » sont limitées à un équipement (2 verres et une monture) tous les deux ans décomptés 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.

Ces 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 et dans les conditions prévues aux tableaux des garanties figurant en annexe 2.**

Il est précisé que l'Institution prend en charge l'ensemble des actes de prévention dans le cadre du dispositif des contrats « responsables ».

Article 5-4

Limites et exclusions de garanties

D'une manière générale, ne sont pas pris en charge :

- les frais engagés au titre d'actes exécutés avant la date d'entrée en vigueur des garanties ou après la cessation des garanties ;
- les frais ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale ;
- les frais n'ouvrant pas droit aux prestations en nature de la MSA au titre de l'Assurance Maladie ou Maternité, sauf exceptions prévues au tableau des garanties figurant en annexe 2.

Précisions en cas d'assurances cumulatives :

Les remboursements du régime de base, de l'Institution et de tout autre organisme ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le participant peut obtenir remboursement de ses frais en s'adressant à l'organisme de son choix.

Sous peine de déchéance, le participant doit faire la déclaration de ses assurances cumulatives. Cette obligation est valable pendant toute la durée de l'affiliation au présent contrat.

Article 5-5

Étendue territoriale de la garantie

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

Article 5-6

Règlement des prestations et contrôle

Les prestations prévues au présent contrat sont réglées **directement par la CMSA du domicile** du participant ou par CCMO Mutuelle pour les participants demeurant dans les DROM, seuls interlocuteurs pour le remboursement de leurs frais de santé au titre du régime de base et du régime complémentaire Frais de santé.

En cas de suspicion de fraude aux prestations, l'Institution, la CMSA ou CCMO se réservent la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des

expertises médicales et/ou de demander toutes autres justifications qui leur paraîtraient nécessaires, notamment les prescriptions médicales et les factures détaillées.

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

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

- 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 la CMSA.

Les ayants droit d'un participant décédé peuvent également adhérer à ce contrat individuel.

—
Cette adhésion s'effectue sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire.

—
La proposition d'adhésion au contrat individuel est adressée au participant ou aux ayants droit concernés au plus tard, dans un délai de 2 mois à compter de la cessation de la garantie collective Frais de santé.

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

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

En application du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les tarifs applicables aux anciens salariés ne pourront être supérieurs à plus de 50 % du tarif en vigueur pour les participants actifs.

Article 5-7

Cessation de la garantie

—
La garantie du présent contrat prend fin pour chaque participant le dernier jour du mois au cours duquel il cesse d'appartenir au groupe assuré visé à l'article 2-3 des présentes Conditions générales (promotion, rupture du contrat de travail quel que soit le motif, y compris en cas de liquidation de la pension vieillesse).

Article 5-8

Maintien de la garantie

1 – Portabilité

Les dispositions prévues au Titre 6 relatives à la portabilité s'appliquent à la garantie Frais de santé à compter du 1^{er} janvier 2015.

2 – Maintien gratuit de la garantie Frais de santé aux ayants droit d'un participant décédé

Les ayants droit d'un participant décédé bénéficient d'un maintien gratuit de la garantie Frais de santé jusqu'à la fin des 3 mois civils suivant le décès.

3 - Maintien sous forme de contrat individuel (article 4 de la loi Évin)

En application de la loi 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Évin », les participants dont le contrat de travail est rompu, pourront demander la poursuite de la garantie Frais de santé en souscrivant à un **contrat individuel** sous réserve qu'ils répondent à l'une des conditions suivantes :

- être bénéficiaire d'une pension de retraite;

Article 5-9

Garantie assistance

—
La garantie assistance ainsi que les Conditions générales afférentes figurent en annexe 3.

Titre 6 — Maintien des garanties du régime au titre de la portabilité

Présentation du dispositif

En cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, les anciens salariés bénéficient du maintien des garanties prévues au présent contrat en application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale et ce, pour toute notification de rupture intervenue :

- à compter de la date d'effet du présent contrat, soit le 1^{er} janvier 2015, s'agissant de la garantie santé;
- à compter du 1^{er} juin 2015 pour l'ensemble des garanties du régime (Prévoyance, Frais de santé).

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

1- Bénéficiaires

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

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

2- Ouverture et durée des droits à portabilité

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

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

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

3- Obligations de l'entreprise adhérente

L'entreprise adhérente doit informer l'Institution de la cessation du contrat de travail du salarié susceptible d'ouvrir droit à la portabilité, au plus tard dans les 10 jours suivant la date de cessation de son contrat de travail, ainsi que la durée maximale de ce maintien.

4- Obligations de l'ancien salarié

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

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

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

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

5- Prestations

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

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

6- Cessation de la portabilité

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

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

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.

Annexe 1 — Définitions

CONJOINT

La personne mariée avec le participant et non séparée de corps.

—

COCONTRACTANT D'UN PACS

La personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS) avec le participant, conformément aux dispositions de l'article 515-1 et suivants du Code Civil.

—

CONCUBIN

Par concubin, il faut entendre la personne vivant en concubinage selon les dispositions de l'article 515-8 du Code civil avec le participant depuis au moins deux ans, sous réserve que le participant soit libre au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de PACS. Toutefois, la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'au moins un enfant est né de l'union ou adopté.

—

ENFANT À CHARGE

→ « enfants » :

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

→ « enfants à charge » :

- les enfants âgés de moins de 16 ans, quelle que soit leur situation;
 - les enfants âgés de moins de 20 ans sous contrat d'apprentissage;
 - les enfants âgés de moins de 26 ans sous réserve qu'ils poursuivent leurs études;
 - les enfants reconnus invalides au sens de la législation des assurances sociales, quel que soit leur âge, à condition que l'état d'invalidité ait été constaté avant leur 21^e anniversaire.
-

Annexe 2 — Tableau des garanties

Les tableaux de garantie frais de santé vous sont présentés aux pages suivantes. Vous y trouverez à titre indicatif la base de remboursement du régime de base ainsi que le remboursement complémentaire apporté par le régime de frais de santé des salariés non cadres des entreprises du Paysage.

—
Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats responsables et solidaires.

—
Aussi, il ne prend 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. 322-2 du Code de la Sécurité sociale.

—
Il répond également aux exigences du décret du 18 novembre 2014 au contenu des contrats responsables : prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier, plachers et plafonds pour les frais d'optique, plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS). Par ailleurs, l'ensemble des actes de prévention remboursés par le régime de base, dont ceux définis par le décret du 18 novembre 2014 sont remboursés par le contrat :

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le 14^e anniversaire.

2. Un détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).

3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.

4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).

5. Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

- a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010);
- b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015);
- c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011);

d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012);

e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans.

7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :

a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges;

b) Coqueluche : avant 14 ans;

c) Hépatite B : avant 14 ans;

d) BCG : avant 6 ans;

e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant;

f) Haemophilus influenzae B;

g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

—
Afin de bénéficier de meilleurs tarifs pour réduire le reste à charge des salariés et bénéficiaires, et accéder à des équipements de qualité à moindre frais, AGRI Prévoyance vous ouvre le bénéfice d'un réseau de soins auprès d'un partenaire : Carte Blanche.

—
Ce dernier vous donne désormais accès à plus de 9 000 opticiens, accrédité à ce titre.

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,
- les conditions tarifaires négociées en optique sur les verres et montures.

—
En outre, vos salariés bénéficient d'une garantie assistance définie à l'annexe 3.

Régime hors Alsace-Moselle (en % de la base de remboursement Sécurité sociale)

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 complémentaires
Frais médicaux		
● Honoraires praticiens (généralistes, spécialistes hors ophtalmologues, chirurgiens-dentistes, sages-femmes)	70 % BR	30 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins ayant signé le CAS	–	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins n'ayant pas signé le CAS	–	100 % BR
● Auxiliaires médicaux	60 % BR	40 % BR
● Analyses, examens de laboratoire	60 % à 100 % BR	40 % à 0 % BR
● Radiographie	70 % BR	30 % BR
● Actes de prévention ⁽²⁾	35 % à 70 % BR	de 30 % à 65 % BR
● Honoraires de médecine douce reconnus par le ministère de la Santé (chiropractie, ostéopathie)	–	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire
Pharmacie		
● Pharmacie remboursable	15 % à 65 % BR	35 % à 85 % BR
Optique		
● Consultation ophtalmologue	70 % BR	30 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins ayant signé le CAS	–	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins n'ayant pas signé le CAS	–	100 % BR
Équipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans*		
● Monture adulte et enfant	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	–	Crédit de 175 €/an/bénéficiaire
● Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base	–	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiaire
Dentaire		
● Soins dentaires remboursés par le régime de base Conventionné	70 % BR	100 % BR
Non conventionné	70 % BR	100 % BR
● Prothèses dentaires remboursées par le régime de base, y compris couronne implantato-portée (sauf inlays core)	70 % BR	250 % BR
● Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base (sauf inlays core)	–	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire
● 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 % BR
● Orthodontie non prise en charge par le régime de base	–	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire
● Inlay core	70 % BR	180 % BR
Appareillage		
● Fournitures médicales, pansements	60 % BR	40 % BR
● Petits appareillages	60 % BR	40 % BR
● Prothèses auditives prises en charge par le régime de base	60 % BR	390 % BR + crédit de 500 €/oreille /bénéficiaire tous les 3 ans
Hospitalisation		
● Frais de soins et de séjour	80 % BR	20 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins ayant signé le CAS	–	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins n'ayant pas signé le CAS	–	100 % BR
● Chambre particulière (y compris ambulatoire)	–	50 €/jour
● Frais d'accompagnant	–	25 €/jour
● Forfait journalier hospitalier	–	100 % du forfait
Maternité		
● Frais de soins et de séjour	100 % BR	–
● Dépassements d'honoraires médecins ayant signé le CAS	–	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins n'ayant pas signé le CAS	–	100 % BR
● Prime de naissance : maternité ou adoption ⁽¹⁾	–	192 € par enfant (288 € à partir du 3 ^e)
● Forfait journalier hospitalier	–	100 % du forfait
Psychiatrie		
● Frais de soins et de séjour	80 % BR	20 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins ayant signé le CAS	–	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins n'ayant pas signé le CAS	–	100 % BR
● Forfait journalier hospitalier	–	100 % du forfait
Divers		
● Transport pris en charge par le régime de base	65 % BR	35 % BR
● Vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base	–	Crédit 40 €/an/bénéficiaire
● Forfait actes lourds ⁽³⁾	–	100 % du forfait
● Assistance	–	OUI – Mutuaide Assistance
● Réseau de soins	–	OUI – Carte Blanche – réseau Optique

* 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 (18 € en 2015). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 €.

Régime Alsace-Moselle (en % de la base de remboursement Sécurité sociale)

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 complémentaires
Frais médicaux		
● Honoraires praticiens (généralistes, spécialistes hors ophtalmologues, chirurgiens-dentistes, sages-femmes)	90 % BR	10 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins ayant signé le CAS	–	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins n'ayant pas signé le CAS	–	100 % BR
● Auxiliaires médicaux	90 % BR	10 % BR
● Analyses, examens de laboratoire	90 % à 100 % BR	10 % à 0 % BR
● Radiographie	90 % BR	10 % BR
● Actes de prévention ⁽²⁾	35 % à 70 % BR	de 30 % à 65 % BR
● Honoraires de médecine douce reconnus par le ministère de la Santé (chiropractie, ostéopathie)	–	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire
Pharmacie		
● Pharmacie remboursable	80 % à 100 % BR	0 % à 20 % BR
Optique		
● Consultation ophtalmologue	90 % BR	10 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins ayant signé le CAS	–	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins n'ayant pas signé le CAS	–	100 % BR
Équipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans*		
● Monture adulte et enfant	90 % BR	112 €
● Verres adultes (par verre ou lentille)		
- 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/bénéficiaire
● Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base	–	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiaire
Dentaire		
● Soins dentaires remboursés par le régime de base Conventionné	90 % BR	80 % BR
Non conventionné	90 % BR	80 % BR
● Prothèses dentaires remboursées par le régime de base, y compris couronne implanto-portée (sauf inlays core)	90 % BR	230 % BR
● Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base (sauf inlays core)	–	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire
● 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 % BR
● Orthodontie non prise en charge par le régime de base	–	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire
● Inlay core	90 % BR	160 % BR
Appareillage		
● Fournitures médicales, pansements	90 % BR	10 % BR
● Petits appareillages	90 % BR	10 % BR
● Prothèses auditives prises en charge par le régime de base	90 % BR	360 % BR + crédit 500 €/oreille/bénéficiaire tous les 3 ans
Hospitalisation		
● Frais de soins et de séjour	100 % BR	–
● Dépassements d'honoraires médecins ayant signé le CAS	–	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins n'ayant pas signé le CAS	–	100 % BR
● Chambre particulière (y compris ambulatoire)	–	50 €/jour
● Frais d'accompagnant	–	25 €/jour
● Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait	–
Maternité		
● Frais de soins et de séjour	100 % BR	–
● Dépassements d'honoraires médecins ayant signé le CAS	–	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins n'ayant pas signé le CAS	–	100 % BR
● Prime de naissance : maternité ou adoption ⁽¹⁾	–	192 € par enfant (288 € à partir du 3 ^e)
● Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait	–
Psychiatrie		
● Frais de soins et de séjour	100 % BR	–
● Dépassements d'honoraires médecins ayant signé le CAS	–	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins n'ayant pas signé le CAS	–	100 % BR
● Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait	–
Divers		
● Transport pris en charge par le régime de base	100 % BR	–
● Vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base	–	Crédit 40 €/an/bénéficiaire
● Forfait actes lourds ⁽³⁾	–	100 % du forfait
● Assistance	–	OUI – Mutuaide Assistance
● Réseau de soins	–	OUI – Carte Blanche – réseau Optique

* 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 (18 € en 2015). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 €.

Annexe 3 — Garantie Assistance

I. 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 <i>Durée minimale de l'immobilisation 3 jours</i>	
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 <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
Assistance au retour d'hospitalisation ou en cas d'immobilisation au domicile <i>Durée minimale de l'hospitalisation 4 jours ou de l'immobilisation 10 jours</i>	
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'étranger	
Avance de frais médicaux (à l'étranger)	7 500 € par événement
Rapatriement médical (à plus de 100 km du domicile)	Frais de rapatriement par événement

*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) est proposée en inclusion de la garantie Frais de santé des salariés non cadres 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 au-delà de 100 km du domicile, en cas de maladie, blessure et/ou hospitalisation sur place.

2. Bénéficiaires

- Les salariés ouvriers et employés non cadres des entreprises du Paysage.
- Leurs ayants droit tels que définis à l'Annexe 1.

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.

Événements garantis

Pour l'assistance Santé :

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

Pour l'assistance aux personnes en déplacement :

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

Hospitalisation

Séjour d'une durée égale ou supérieure à 48 heures, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical 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 événement soudain et fortuit, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure atteignant le bénéficiaire et non intentionnelle de la part de ce dernier.

Proche

Toute personne physique désignée par le bénéficiaire domiciliée :

- en France Métropolitaine, Principautés d'Andorre ou de Monaco si le bénéficiaire est domicilié en France Métropolitaine 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'événement garanti, lors d'un déplacement garanti.

Déplacements garantis

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

Franchise

100 km du domicile.

Bagages

Les effets courants de voyage (maximum 20 kg).

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. Étendue 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.

—

Éléments 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 exprès, 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 incapacitants, neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où vous séjournez et/ou 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 ;
- l'usage de stupéfiants ou drogues non prescrits médicalement et ses conséquences ;
- l'état d'imprégnation alcoolique et ses conséquences ;
- la pratique, à titre professionnel, de tout sport ;
- la participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre ou aérien ;
- les conséquences des événements survenus au cours d'épreuves, courses et compétitions motorisées (et leurs essais) soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque le bénéficiaire y participe en tant que concurrent ;

- les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs;
- l'inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales;
- les interdictions officielles, les saisies ou contraintes par la force publique;
- l'absence d'aléa;
- l'utilisation par le bénéficiaire d'appareils de navigation aérienne;
- l'utilisation d'engins de guerre, explosifs et armes à feu;
- les dommages résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire conformément à l'article L. 113-1 du Code des Assurances;
- les frais non justifiés par des documents originaux.

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

Exclusions de l'Assistance en déplacement :

- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical ou d'intervention de chirurgie esthétique;
- les événements survenus après le 90^e jour du déplacement;
- les événements survenus lors d'un déplacement à moins de 100 km du domicile;
- les frais engagés après le retour du voyage ou l'expiration de la garantie;
- les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité du contrat, et notamment au-delà de la durée du déplacement prévu;
- les maladies chroniques;

- les frais médicaux et d'hospitalisation dans le pays de domicile du bénéficiaire, en France métropolitaine et dans les DROM;
- les frais médicaux et d'hospitalisation dans le pays de domicile du bénéficiaire;
- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et/ou qui n'empêchent pas le bénéficiaire de poursuivre son voyage;
- les convalescences et les affections en cours de traitement, non encore consolidées et comportant un risque d'aggravation brutale;
- les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies et les frais en découlant;
- les maladies et/ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation ambulatoire dans les 3 mois précédant la date du départ en voyage, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état;
- les événements liés à un traitement médical ou à une intervention chirurgicale qui ne présenteraient pas un caractère imprévu, fortuit ou accidentel;
- les services médicaux ou paramédicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant;
- les frais de prothèse (optique, dentaire, acoustique, fonctionnelle).

Exclusions de l'Assistance Santé :

- l'hospitalisation du bénéficiaire pour une durée inférieure à 4 jours consécutifs;
- l'immobilisation du bénéficiaire pour une durée inférieure à 10 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.

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 24 h/24 et 7 j/7. Les prestations sont fournies les jours ouvrables, entre 9 h 00 et 21 h 00, dans les délais normalement nécessaires à la satisfaction de la demande.

—
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 24 h/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 des 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** 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 8 h 00 à 19 h 00), 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.

À défaut d’avoir effectué les démarches de prise en charge auprès des organismes d’assurance dans les délais, ou à défaut de présentation à MUTUAIDE, 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.

