

REGIME FRAIS DE SANTE Production agricole

Annexe aux Conditions
générales

SOMMAIRE

TITRE	1	PREAMBULE	3
TITRE	2	ANNEXE AUX CONDITIONS GENERALES	4
ARTICLE	2.1	OBJET	4
ARTICLE	2.2	CHAMPS D'APPLICATION	4
ARTICLE	2.3	ADHÉSION AU CONTRAT	4
ARTICLE	2.4	MONTANT DES GARANTIES	5
ARTICLE	2.5	FRAIS APPLIQUES AU CONTRAT	10
ARTICLE	2.6	LES PRESTATIONS GARANTIE ASSISTANCE	10
ARTICLE	2.7	LES SERVICES DU RESEAU DE SOINS	25

TITRE 1

PREAMBULE

La présente Annexe aux Conditions Générales a pour objet de préciser le niveau des garanties du socle conventionnel obligatoire conforme à l'Accord national de la production agricole et, le cas échéant, les différentes garanties qui peuvent être choisies en complément par vos partenaires sociaux locaux, ou par chaque entreprise, ou à défaut souscrites par les salariés.

Ce régime prévoit un socle national minimum conventionnel qui est accordée à titre obligatoire aux seuls salariés.

Les partenaires sociaux locaux ou l'entreprise ont la possibilité d'améliorer le socle obligatoire conventionnel en optant pour l'un des 3 garanties optionnelles: « Option 1 », « Option 2 » ou « Option 3 ».

TITRE 2

ANNEXE AUX CONDITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 2.1

OBJET

La présente Annexe complète les conditions Générales de la « Production agricole ».

La présente Annexe aux Conditions Générales précise notamment le champ d'application du régime conventionnel national de frais de santé des salariés non cadres en Agriculture, les garanties correspondant au niveau du socle obligatoire conventionnel et aux niveaux renforcés ainsi que le détail des frais appliqués au contrat.

La garantie Assistance et le réseau de soins sont définis aux Articles « Les prestations garantie assistance » et « Les services du réseau de soins » de la présente Annexe aux Conditions Générales.

ARTICLE 2.2

CHAMPS D'APPLICATION

L'entreprise doit relever de l'Accord relatif à la mise en place du régime conventionnel national de frais de santé des salariés non cadres en Agriculture ou d'un accord local, et avoir préalablement complété et signé le Bulletin d'adhésion au présent contrat.

ARTICLE 2.3

ADHÉSION AU CONTRAT

L'adhésion de l'entreprise au présent contrat est formalisée par la signature d'un Bulletin d'adhésion. En fonction de ce que prévoit le cas échéant l'Accord collectif dont elle relève, l'entreprise détermine- via le Bulletin d'adhésion - le niveau des garanties et la structure tarifaire de la cotisation.

Les partenaires sociaux locaux ou l'entreprise choisissent le niveau de garanties en adhérant au seul socle obligatoire conventionnel prévu par le régime conventionnel national ou en retenant, pour l'ensemble du groupe assuré la garantie optionnelle « Option n° 1 » « Option n°2 » ou « Option n°3 ».

Lorsque les partenaires sociaux locaux ou l'entreprise ne choisissent pas à titre obligatoire les garanties optionnelles « Option n° 1 », « Option n°2 » ou « Option n°3 », le participant a la possibilité de renforcer ses garanties en optant à titre facultatif pour l'une de ces options.

Si l'entreprise adhérente ou les partenaires sociaux locaux ont choisi les garanties optionnelles « Option n°1 » ou « Option n°2 » à titre obligatoire, le participant peut choisir d'améliorer son niveau de couverture en demandant son affiliation aux niveaux « Option n°2 ou n°3 » ou « Option n°3 ». Dans ce cas, le niveau de garanties qu'il a choisi s'applique également à ses ayants droit affiliés.

Les partenaires sociaux locaux ou l'entreprise déterminent également la structure tarifaire de la cotisation et permettent au participant d'étendre les garanties à titre facultatif à ses ayants droit.

ARTICLE 2.4

MONTANT DES GARANTIES

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

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13 du code de la sécurité sociale.

Il répond également aux exigences de prise en charge mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré et médicaments homéopathiques), du forfait « actes lourds », du forfait journalier hospitalier et des paniers de soins 100% santé en optique, dentaire et audiologie et respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO) ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optiques et du plafond pour les aides auditives.

NATURE DES FRAIS	Remboursement du régime de base obligatoire HORS ALSACE MOSELLE	Remboursement régime de base + Socle	Remboursement régime de base + Socle + Option 1	Remboursement régime de base + Socle + option 2	Remboursement régime de base + Socle + Option 3
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux (y compris téléconsultation, actes techniques) :					
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR	220 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR	220 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux	60 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Sages femmes	70 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Analyses, et examens de laboratoire ⁽²⁾	60 % ou 100 % BR	100 % BR	120 % BR	180 % BR	180 % BR
Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie :					
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	100 % BR	170 % BR	210 % BR	210 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	100 % BR	150 % BR	190 % BR	190 % BR
Actes de prévention ⁽³⁾	de 35 % à 70 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie	-	30 €/ 1 séance / an / bénéficiaire	30 €/ 2 séances / an / bénéficiaire	30 €/ 4 séances / an / bénéficiaire	30 €/ 4 séances / an / bénéficiaire
Médicaments :					
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré"	30 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible"	15 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	-	20 €/ an / bénéficiaire	30 €/ an / bénéficiaire	40 €/ an / bénéficiaire
-Sevrage tabagique non remboursé par le régime de base (hors et sur prescription médicale)	-	-	30 €/ an / bénéficiaire	50 €/ an / bénéficiaire	50 €/ an / bénéficiaire
-vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	-	20€/an/beneficiaire	30 €/ an / bénéficiaire	40 €/ an / bénéficiaire
Matériel médical :					
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
-Prothèses et petits appareillages, orthopédie, (sauf prothèses auditives et dentaires)	60 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
-Gros appareillages sauf prothèses auditives et dentaires)	100 % BR	100% BR	200% BR	200% BR	285 % BR + 200 €/an (fauteuil roulant)
HOSPITALISATION					
Frais de séjour	80 % ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires :					
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % ou 100 % BR	255 % BR	255 % BR	350 % BR	350 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % ou 100 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait actes lourds ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait journalier hospitalier ⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière y compris en ambulatoire (par jour/bénéficiaire) :					
- Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)	-	25€/jour	30€/jour	40€/jour	75€/jour pdt 60 jours max/an puis 25€ / jour
- Maternité	-	25€/jour	55€/jour	80€/jour	80€ / jour
- Psychiatrie	-	25€/ jour	30 € / jour	40€ / jour	75 € / jour pdt 45 jours maxi
Frais d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans	-	-	25 € / jour	35 € / jour	50 € /jour pdt 10 jours maximum/an puis 30 € par jour
Forfait maternité (dans la limite des frais engagés)	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS	2/5 PMSS	2/5 PMSS
OPTIQUE					
1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans (6)					
Equipements 100% santé (Classe A) (7) :					
- Monture	60 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Verre	60 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
-Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Autres équipements (Classe B) :					
- Monture	60 % BR	ADULTE : 15€ ENFANT : 100 €	100 €	100 €	100 €
- Verre simple (8)	60 % BR	100€/verre	100€/verre	150€/verre	150€/verre
- Verre complexe (8)	60 % BR	175€/verre	250€/verre	300€/verre	300€/verre
- Verre très complexe (8)	60 % BR	175€/verre	250€/verre	300€/verre	300€/verre
Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B (7)	60 % BR	FR	FR	FR	FR
Supplément pour verre avec filtre (7)	60 % BR	FR	FR	FR	FR
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	0 % ou 100 % BR + 100 €	0 % ou 100 % BR + 150 €/an/bénéficiaire	0 % ou 100 % BR + 200 €/an/bénéficiaire	0 % ou 100 % BR + 200 €/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	-	-	-	-
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil	-	-	-	-	300 € / an / œil / bénéficiaire
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100% Santé ⁽⁷⁾⁽⁹⁾	70 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins (hors 100% Santé)	70 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlay Onlay (hors 100% Santé) ⁽¹⁰⁾	70 % BR	125 % BR	200 % BR	225 % BR	250 % BR
Prothèses et inlays core (hors 100% Santé) :					
- inlays core à honoraires maîtrisés ou libre ⁽¹⁰⁾	70 % BR	125 % BR	125 % BR	125 % BR	690 % BR + 400 € / an / bénéficiaire
- prothèses dentaires non remboursées par le régime de base, et Implantologie (hors couronne implanto-portée)	-	210 % BR + 300 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 360 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 450 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire
Orthodontie remboursée par le régime de base	70% ou 100% BR	160 % BR	160 % BR	230 % BR	300 % BR
Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	-	100 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire
Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	-	80 € / an / bénéficiaire	90 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire

NATURE DES FRAIS	Remboursement du régime de base obligatoire HORS ALSACE MOSELLE	Remboursement régime de base + Socle	Remboursement régime de base + Socle + Option 1	Remboursement régime de base + Socle + option 2	Remboursement régime de base + Socle + Option 3
AIDES AUDITIVES (11)					
Equipements 100% Santé (Classe I) à compter du 1^{er} janvier 2020 (7)	60% BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60 % BR	100 % BR	1700€ / oreille	1700€ / oreille	1700€ / oreille
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	100% BR	1700€ / oreille	1700€ / oreille	1700€ / oreille
CURES THERMALES					
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux, transport, hébergement, surveillance	65 % ou 70 % BR	65 % ou 70% BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait thermal complémentaire	-	-	-	-	150 € / an / bénéficiaire
DIVERS					
Transports remboursés par le régime de base	65 % ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Assistance	-	inclus	inclus	inclus	inclus
Réseau de soins	-	inclus	inclus	inclus	inclus

BR : base de remboursement ; RO : régime obligatoire ; FR : frais réels.

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité. Les actes techniques réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes sauf si le tableau de garantie prévoit un remboursement différent.

(2) Les actes réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes. Se référer au poste soins courants "honoraires médicaux - honoraires des médecins spécialistes".

(3) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(4) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(5) Forfait journalier hospitalier : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(6) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(7) tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(8) verres simples Classe B :

- verres unifocaux sphériques avec sphère comprise entre -6 et +6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries
- verres neutres

verres complexes Classe B

- verres unifocaux sphériques avec sphère hors zone de -6 à +6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 8 dioptries

verres très complexes Classe B

- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S > 8 dioptries

(9) La mise en place du 100% Santé pour les prothèses dentaires est progressive entre 2020 et 2021. Certaines prothèses qui intégreront le panier 100% Santé au 1er janvier 2021 seront prises en charge au titre des prothèses hors 100% Santé au cours de l'année 2020.

(10) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour les soins et prothèses à honoraires maîtrisés entre 2020 et 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire dès lors qu'ils ont pris effet.

(11) A compter du 1^{er} janvier 2021, prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 € / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est réduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.

NATURE DES FRAIS	Remboursement du régime de base obligatoire ALSACE MOSELLE	Remboursement régime de base + Socle	Remboursement régime de base + Socle + Option 1	Remboursement régime de base + Socle + option 2	Remboursement régime de base + Socle + Option 3
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux (y compris téléconsultation, actes techniques) :					
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR	220 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR	220 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux					
Sages femmes	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Analyses, et examens de laboratoire ⁽²⁾	de 90 % à 100 % BR	100 % BR	120 % BR	180 % BR	180 % BR
Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie :					
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	100 % BR	170 % BR	210 % BR	210 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	100 % BR	150 % BR	190 % BR	190 % BR
Actes de prévention ⁽³⁾	de 35 % à 90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie	-	30 € / 1 séance / an / bénéficiaire	30 € / 2 séances / an / bénéficiaire	30 € / 4 séances / an / bénéficiaire	30 € / 4 séances / an / bénéficiaire
Médicaments :					
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré"	80 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible"	15 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	-	20 € / an / bénéficiaire	30 € / an / bénéficiaire	40 € / an / bénéficiaire
- Sevrage tabagique non remboursé par le régime de base (hors et sur prescription médicale)	-	-	30 € / an / bénéficiaire	50 € / an / bénéficiaire	50 € / an / bénéficiaire
- vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	-	20 € / an / bénéficiaire	30 € / an / bénéficiaire	40 € / an / bénéficiaire
Matériel médical :					
- Fournitures médicales, pansements	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Prothèses et petits appareillages, orthopédie, (sauf prothèses auditives et dentaires)	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
- Gros appareillages (sauf prothèses auditives et dentaires)	100 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR	285 % BR + 200 € / an (fauteuil roulant)
HOSPITALISATION					
Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires :					
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	255 % BR	255 % BR	350 % BR	350 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait actes lourds ⁽⁴⁾	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait journalier hospitalier ⁽⁵⁾	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière y compris en ambulatoire (par jour/bénéficiaire) :					
- Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)	-	25€/jour	30€/jour	40€/jour	75€ / jour pdt 60 jours max/an puis 25€ / jour
- Maternité	-	25€/jour	55€/jour	80€/jour	80€/jour
- Psychiatrie	-	25€/jour	30€/jour	40€/jour	75€ / jour pdt 45 jours maxi
Frais d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans (par jour/bénéficiaire)	-	-	25 € / jour	35 € / jour	50 € / jour pdt 10 jours maximum/an puis 30 € par jour
Forfait maternité (dans la limite des frais engagés)	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS	2/5 PMSS	2/5 PMSS
OPTIQUE					
1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans (6)					
Equipements 100% santé (Classe A) (7) :					
- Monture	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Verre	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Autres équipements (Classe B) :					
- Monture	90 % BR	ADULTE : 15€ ENFANT : 100 €	100 €	100 €	100 €
- Verre simple (8)	90 % BR	100€/verre	100€/verre	150€/verre	150€/verre
- Verre complexe (8)	90 % BR	175€/verre	250€/verre	300€/verre	300€/verre
- Verre très complexe (8)	90 % BR	175€/verre	250€/verre	300€/verre	300€/verre
Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B (7)	90 % BR	FR	FR	FR	FR
Supplément pour verre avec filtre (7)	90 % BR	FR	FR	FR	FR
Lentilles remboursées par le régime de base	90 % BR	0 % ou 100% BR + 100€ /an /bénéficiaire	0 % ou 100 % BR + 150€ /an/bénéficiaire	0 % ou 100 % BR + 200€ /an/bénéficiaire	0 % ou 100 % BR + 200€ /an /bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	-	-	-	300 € / an / bénéficiaire
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	-	-	-	-	300 € / an / bénéficiaire
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100% Santé ⁽⁷⁾⁽⁹⁾	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins (hors 100% Santé)	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlay Onlay (hors 100% Santé) ⁽¹⁰⁾	90 % BR	125 % BR	200 % BR	225 % BR	250 % BR
Prothèses et inlays core (hors 100% Santé) :					
- inlays core à honoraires maîtrisés ou libre ⁽¹⁰⁾	90 % BR	125 % BR	125 % BR	125 % BR	690 % BR + 400 € / an / bénéficiaire
- prothèses dentaires à honoraires maîtrisés ou libre ⁽¹⁰⁾	90 % BR	210 % BR + 300 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 360 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 450 € / an / bénéficiaire	
- prothèses dentaires non remboursées par le régime de base, et Implantologie (hors couronne implanto-portée)	-	-	150 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire
Orthodontie remboursée par le régime de base	90 % ou 100 % BR	160 % BR	160 % BR	230 % BR	300 % BR
Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	-	100 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire
Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	-	80 € / an / bénéficiaire	90 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire
AIDES AUDITIVES (11)					
Equipements 100% Santé (Classe I) à compter du 1 ^{er} janvier 2020 (7)	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	90 % BR	100 % BR	1700€ / oreille	1700€ / oreille	1700€ / oreille
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	90 % BR	100 % BR	1700€ / oreille	1700€ / oreille	1700€ / oreille
CURES THERMALES					
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux, transport, hébergement, surveillance	65 % ou 90 % BR	65 % ou 90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait thermal complémentaire	-	-	-	-	150 € / an / bénéficiaire

NATURE DES FRAIS	Remboursement du régime de base obligatoire ALSACE MOSELLE	Remboursement régime de base + Socle	Remboursement régime de base + Socle + Option 1	Remboursement régime de base + Socle + option 2	Remboursement régime de base + Socle + Option 3
DIVERS					
Transports remboursés par le régime de base	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Assistance	-	inclus	inclus	inclus	inclus
Réseau de soins	-	inclus	inclus	inclus	inclus

BR : base de remboursement ; RO : régime obligatoire ; FR : frais réels.

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité. Les actes techniques réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes sauf si le tableau de garantie prévoit un remboursement différent.

(2) Les actes réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes. Se référer au poste soins courants "honoraires médicaux - honoraires des médecins spécialistes".

(3) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(4) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(5) Forfait journalier hospitalier : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(6) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(7) tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(8) verres simples Classe B :

- verres unifocaux sphériques avec sphère comprise entre -6 et +6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries
- verres neutres

verres complexes Classe B

- verres unifocaux sphériques avec sphère hors zone de -6 à +6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 8 dioptries

verres très complexes Classe B

- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S > 8 dioptries

(9) La mise en place du 100% Santé pour les prothèses dentaires est progressive entre 2020 et 2021. Certaines prothèses qui intégreront le panier 100% Santé au 1er janvier 2021 seront prises en charge au titre des prothèses hors 100% Santé au cours de l'année 2020.

(10) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour les soins et prothèses à honoraires maîtrisés entre 2020 et 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire dès lors qu'ils ont pris effet.

(11) A compter du 1^{er} janvier 2021, prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 € / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est réduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.

ARTICLE 2.5

FRAIS APPLIQUES AU CONTRAT

Les frais appliqués au présent contrat s'élèvent à 15 % des cotisations et se décomposent de la manière suivante :

- 6 % au titre des frais d'acquisition ;
- 6 % au titre des frais de gestion ;
- 3 % au titre des frais d'assurance.

Ces frais recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour :

- concevoir les contrats et les commercialiser (charges du réseau commercial, du marketing et commissions des intermédiaires) ;
- souscrire les contrats (encaissement des cotisations, gestion des résiliations et suivi comptable et juridique) ;
- gérer les contrats (remboursements, gestion du tiers payant, information client, services et prestations complémentaires) ;
- constituer la marge de solvabilité du contrat.

Ces frais correspondent notamment à toutes les tâches incombant aux organismes assureurs dans le respect des garanties contractuelles.

ARTICLE 2.6

LES PRESTATIONS GARANTIE ASSISTANCE

La garantie assistance est assurée par AWP P & C, société d'assurance et mise en oeuvre par Mondial Assistance régie par le code des assurances dans le cadre de la présente convention.

CONVENTION D'ASSISTANCE OFFRE AGRICOLE AGRI PREVOYANCE N° 922 254

Les prestations de la présente convention d'assistance souscrite par AGRI PREVOYANCE auprès de :

→ **AWP P&C**

SA au capital de 17 287 285 €

519 490 080 RCS Bobigny

Siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen

Entreprise régie par le Code des assurances sont mises en oeuvre par :

→ **AWP FRANCE SAS**

SAS au capital de 7 584 076,86 €

490 381 753 RCS Bobigny

Siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen

Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr/>

Ci-après désignée sous le nom commercial « Mondial Assistance ».

Besoins d'assistance ?

Contactez-nous (24/24) au 01 40 25 53 34 (appel non surtaxé)

Accès sourds et malentendants : <https://accessibilite.votreassistance.fr> (24h/24)

Veillez nous indiquer :

- Le nom et numéro du contrat souscrit
- Les nom et prénom du Bénéficiaire
- L'adresse exacte du Bénéficiaire
- Le numéro de téléphone auquel le Bénéficiaire peut être joint

1 - ÉVÉNEMENTS GARANTIS

Les conditions de délivrance des garanties de la présente convention varient selon les prestations :

1.1 - ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION À DOMICILE

Les prestations décrites à l'article « INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES À LA PERSONNE » peuvent être délivrées à tout moment pendant les heures d'ouverture du service d'information.

Les prestations décrites à l'article « ASSISTANCE DE L'ENFANT MALADE » sont délivrées en cas :

> d'Hospitalisation du Bénéficiaire

ou

> d'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire, précédée ou non d'une Hospitalisation.

Les prestations décrites à l'article « ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION »

sont délivrées en cas :

> d'Hospitalisation du Bénéficiaire.

Les prestations décrites à l'article « ASSISTANCE AU RETOUR D'HOSPITALISATION OU EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE » sont délivrées en cas :

> d'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire, précédée ou non d'une Hospitalisation.

Certaines prestations complémentaires sont délivrées lorsque le Bénéficiaire faisant l'objet de l'Hospitalisation ou l'Immobilisation à Domicile est un Enfant.

L'ensemble des prestations est délivré conformément aux conditions et limites indiquées à l'article « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

1.2 - ASSISTANCE VOYAGE

Les prestations décrites à l'article 5.2.1 « ASSISTANCE AUX PERSONNES » sont délivrées en cas de survenance, lors d'un déplacement privé, d'un des événements suivants :

- Accident corporel,
- Maladie.

Une Franchise kilométrique de cent (100) km est appliquée pour les prestations prévues à l'article 5.2.1 « ASSISTANCE AUX PERSONNES ».

2 - RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE

INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES A LA PERSONNE

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Informations pratiques et juridiques	Illimité	Utilisable à tout moment dès la souscription pendant les heures d'ouverture du service.
Téléconseil santé	Illimité	Prestation rendue par téléphone exclusivement.
Services à la personne	Mise en relation avec le réseau de Prestataires agréés dans le cadre de la loi Borloo, sans prise en charge	Le coût des éventuels devis et/ou travaux réalisés à l'issue de ces prestations reste à la charge du Bénéficiaire.

ASSISTANCE DE L'ENFANT MALADE

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Garde de l'Enfant malade Ou Transfert d'un proche au Domicile du Bénéficiaire Ou Transfert de l'Enfant au Domicile d'un Proche	30 heures par évènement Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance	Ces prestations doivent être activées au plus tard 15 jours après l'Hospitalisation. Durée minimale de l'Immobilisation à Domicile au moins égale à 3 jours. Transfert de l'enfant : Le transport est limité à 2 fois par an/enfant.

ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Conseil social	Illimité	Utilisable à tout moment dès la souscription pendant les heures d'ouverture du service. Prestation rendue par téléphone exclusivement.
Garde des enfants de moins de 16 ans Ou Transfert des enfants au Domicile d'un Proche Ou Transfert d'un Proche au Domicile	15 heures Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance	Ces prestations doivent être activées au plus tard 15 jours après l'Hospitalisation. Durée d'Hospitalisation au moins égale à 4 jours. Durée d'Hospitalisation au moins égale à 4 jours Limité à 1 fois/an.
Veille ou prise en charge des Ascendants dépendants à charge Ou Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire Ou Transfert de l'ascendant chez un proche	15 heures maximum Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance	Ces prestations doivent être activées au plus tard 15 jours après l'Hospitalisation. Durée d'Hospitalisation au moins égale à 4 jours.Limité à 1 fois/an.
Accompagnement psychologique	6 entretiens téléphoniques/ évènement	Prestation rendue par téléphone exclusivement.

ASSISTANCE AU RETOUR D'HOSPITALISATION OU EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Transfert d'un proche au Domicile du Bénéficiaire	Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance	Cette prestation doit être activée au plus tard 15 jours après l'Hospitalisation. Durée d'Hospitalisation au moins égale à 4 jours ou Immobilisation au Domicile d'un minimum de 10 jours. Limité à 2 fois/an.

Aide ménagère	10 heures réparties sur 30 jours	Cette prestation doit être activée au plus tard 15 jours après l'Hospitalisation. Après Hospitalisation minimum de 4 jours ou en cas d'Immobilisation au Domicile d'un minimum de 10 jours. Limité à 2 fois/an.
Portage de repas	1 livraison par jour pendant 15 jours	Cette prestation doit être activée au plus tard 15 jours après l'Hospitalisation. Après Hospitalisation minimum de 4 jours ou en cas d'Immobilisation au Domicile d'un minimum de 10 jours. Limité à 2 fois/an.
Livraison en urgence de médicaments	6 livraisons par an	Après hospitalisation minimum de 4 jours ou en cas d'Immobilisation au Domicile d'un minimum de 10 jours. Limité à 1 fois/an.

ASSISTANCE VOYAGE - ASSISTANCE AUX PERSONNES

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
-------------	-----------------	-----------------------

ASSISTANCE AU BÉNÉFICIAIRE

Rapatriement ou transport sanitaire	Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance	Prestations soumises à la décision des médecins de Mondial Assistance. Franchise : 100 km.
Frais médicaux d'urgence à l'étranger (hors frais d'hospitalisation)	Remboursement des frais médicaux d'urgence à l'étranger sur prescription médicale restant à la charge du Bénéficiaire après intervention des organismes de Sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance auxquels le Bénéficiaire est affilié.	Cessation de la prestation lorsque le service Médical de Mondial Assistance estime que le rapatriement du Bénéficiaire est possible.
Frais d'Hospitalisation imprévus et urgents à l'étranger	Avance des frais d'Hospitalisation à l'étranger.	Plafond de 7500 € TTC. Les limites suivantes, s'entendent par Bénéficiaire et par événement.

3 - VALIDITÉ DE LA CONVENTION

Les prestations « INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES A LA PERSONNE », « HOSPITALISATION – IMMOBILISATION A DOMICILE » sont acquises uniquement sur le territoire du Domicile du Bénéficiaire.

La mise en oeuvre des services et aides à Domicile est subordonnée aux disponibilités locales et aux horaires d'ouverture des réseaux de Prestataires.

Le délai pour la mise en place des prestations est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande.

DURÉE DE VALIDITÉ

Les prestations sont accordées exclusivement pour les événements survenus pendant la durée de validité du contrat OFFRE AGRICOLE AGRI PREVOYANCE et de l'accord liant AGRI PREVOYANCE et AWP P&C pour la délivrance de ces prestations.

ASSISTANCE AU VOYAGE

Sauf mention particulière notée à l'article « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations sont accordées pour les événements garantis survenus en France ou au cours de déplacements privés n'excédant pas quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs à l'Etranger, à l'exception des Pays non couverts.

Une Franchise kilométrique de cent (100) km est appliquée pour les prestations prévues à l'article « ASSISTANCE AU VOYAGE » pour les événements survenus en France.

4 - DÉFINITIONS CONTRACTUELLES

Dans la présente Convention d'assistance « OFFRE AGRICOLE AGRI PRÉVOYANCE » (ci-après la « Convention »), les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

ACCIDENT CORPOREL

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, constatée par une autorité médicalement compétente.

ASCENDANT DÉPENDANT À CHARGE

Ascendant au 1^{er} degré fiscalement à charge du Bénéficiaire, dépendant et vivant sous le toit du Bénéficiaire assuré. La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. La dépendance suppose une perte d'autonomie et peut être partielle ou totale.

AYANTS-DROIT

Sont considérés comme ayants droit du participant :

• **le Conjoint** : la personne mariée avec le Participant et non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée, exerçant ou non une activité professionnelle.

Sont assimilés au conjoint :

• **le cocontractant d'un PACS** : est assimilé au conjoint, la personne qui a conclu un Pacte Civil de Solidarité avec le participant conformément aux dispositions de l'article 515-1 et suivant du Code civil.

• **le concubin** : il faut entendre la personne vivant en concubinage, selon les dispositions de l'article 515-8 du Code civil, avec le Participant, au même Domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations, sous réserve que les concubins soient l'un et l'autre libres au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de PACS. Toutefois, la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'au moins un Enfant est né ou à naître de l'union ou a été adopté.

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

• **les Enfants à charge** : les enfants à charge du Participant ou de son Conjoint tels que définis ci-dessus.

> tous les enfants âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du régime de base du Participant ou de son Conjoint ;

> tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils sont étudiants et inscrits au régime de Sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Couverture Maladie Universelle (C.M.U.) ;

> tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils se trouvent sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le Code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;

> tous les enfants, quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'Allocation pour Adulte Handicapé – AAH – (article L.821-1 du code de la Sécurité sociale). Les personnes handicapées qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquelles celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérées comme étant à charge.

• les enfants du participant nés « viables » moins de 300 jours après son décès.

• **les ascendants à charge** : les personnes ascendantes du salarié à condition d'être à charge du Participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à AGRI Prévoyance.

BÉNÉFICIAIRE

Le terme « Bénéficiaire » se réfère indifféremment :

> au salarié participant couvert par le contrat OFFRE AGRICOLE AGRI PRÉVOYANCE (le « Bénéficiaire assuré/Participant »),

> à ses ayants-droits selon la formule souscrite et vivant habituellement sous son toit.

DOMICILE

Lieu de résidence principale situé en France et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu.

FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE A L'ÉTRANGER

Frais pharmaceutiques, chirurgicaux, de consultation et d'hospitalisation, prescrits par une autorité médicale compétente, nécessaires au diagnostic et au traitement d'une Maladie ou consécutifs à un Accident corporel.

FRANCE

France métropolitaine ainsi que le(s) territoire(s) suivant(s) : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion Mayotte, Saint-Barthélemy où se situe le Domicile.

FRANCHISE KILOMÉTRIQUE

Distance kilométrique à partir de laquelle les prestations d'assistance sont accordées. La distance est calculée depuis le Domicile situé en France jusqu'au lieu de survenance de l'évènement garanti sur la base de l'itinéraire le plus court calculé par le service Via-Michelin ou Googlemap. Aucune Franchise kilométrique n'est appliquée en cas de survenance d'un évènement garanti à l'Etranger.

HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public avec ou sans nuitée.

Dans tous les cas, sont assimilés à une Hospitalisation :

- **les traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie ambulatoire** : administration d'un traitement anti-cancer dans un hôpital de jour, à la suite de laquelle le Bénéficiaire peut rentrer chez lui,
- **les traitements de chirurgie ambulatoire** : traitement de chirurgie permettant la sortie du patient le jour même de son admission dans l'établissement de soins.

Une durée d'Hospitalisation peut être prévue à l'article « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE » pour la délivrance de certaines prestations.

Sont exclus :

- **les hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques,**
- **les hospitalisations à Domicile,**
- **les hospitalisations chirurgicales à but esthétique,**
- **les traitements de chimiothérapie orale à Domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins de Mondial Assistance.**

HOSPITALISATION D'URGENCE

Séjour de plus de 48 (quarante-huit) heures consécutives dans un établissement hospitalier public ou privé, pour une intervention d'urgence, c'est-à-dire non programmée et ne pouvant être reportée.

IMMOBILISATION À DOMICILE

Toute incapacité physique à se déplacer ou à effectuer les tâches ménagères habituelles, survenant inopinément, constatée par un médecin et nécessitant le repos au Domicile prescrit par un médecin.

Une durée d'Immobilisation peut être prévue à l'article « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE » pour la délivrance de certaines prestations.

MALADIE

Altération subite de l'état de santé, constatée par une autorité médicale compétente.

PAYS NON COUVERTS

Corée du Nord et pays figurants sur la liste mise à jour des pays exclus, disponible sur le site de MONDIAL ASSISTANCE à l'adresse suivante : www.mondial-assistance.fr/pays-exclus.

PRESTATAIRE

Prestataire de services professionnel référencé par Mondial Assistance.

PROCHE

Toute personne physique désignée par le Bénéficiaire domiciliée :

- > En France Métropolitaine, Principautés d'Andorre ou de Monaco si le Bénéficiaire est domicilié en France Métropolitaine,
- > Dans le même territoire ou département d'Outre-mer que le Bénéficiaire qui 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 de modifier les dénominations des DOM TOM et leurs définitions.

TRANSPORT

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- > train en 2^{de} classe sauf mention contraire,
- > avion en classe économique,
- > véhicule de location, > taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

5 - PRESTATIONS

Les montants de prise en charge figurent dans l'article « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE »

Mondial Assistance se réserve le droit, préalablement à toute intervention, de vérifier la qualité de Bénéficiaire du demandeur ainsi que la matérialité de l'événement ouvrant droit aux prestations.

5.1 - ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION À DOMICILE

5.1.1 - Informations – conseils - services a la personne

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance communique des informations et conseille le Bénéficiaire dans les domaines suivants :

• Informations juridiques, administratives et pratiques

Mondial Assistance communique, par téléphone, des renseignements dans les domaines ci-après :

- > Informations juridiques : Fiscalité, justice, défense recours, assurance, travail, protection sociale, retraite, famille, mariage, divorce, succession.
- > Informations sur les démarches administratives à effectuer.
- > Informations pratiques : informations loisirs pour les seniors, informations spécialisées pour les malvoyants.

En aucun cas les renseignements fournis ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance s'engage à répondre dans un délai de 48 (quarante-huit) heures ouvrées. Mondial Assistance peut fournir des renseignements d'ordre juridique ; en aucun cas elle ne donne de consultation juridique.

Les informations fournies par Mondial Assistance exclusivement par téléphone sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

• Téléconseil santé

- > Questions médicales face à un symptôme : lorsque le Bénéficiaire s'interroge face à un symptôme ressenti, le service médical de Mondial Assistance lui fournit une aide à la compréhension du symptôme et le renseigne sur la conduite à tenir : nécessité d'être orienté vers un médecin (de façon urgente ou différé), conseils relatifs à l'utilisation de médicaments stockés, achat d'un médicament sans ordonnance.
- > Informations médicales et parcours de santé : un médecin de Mondial Assistance répond aux questions du Bénéficiaire relatives à sa santé, à sa maladie, à son hospitalisation, à la prescription faite par son médecin traitant ou à son suivi.

Le Bénéficiaire peut également obtenir des informations sur des questions d'ordre général relatives à la santé telles que les établissements de soins, les questions générales sur la santé, les facteurs de risques, les questions de médecine générale, les questions relatives aux médicaments, les informations préventives, les informations sur les médecines alternatives, les centres de prise en charge de la douleur.

- > Orientation vers un centre médical de référence spécialisé : lorsque le Bénéficiaire doit subir une intervention chirurgicale grave ou lorsqu'il fait face à une maladie chronique déclarée, il peut demander une orientation vers un service médical ou chirurgical de référence spécialisé.

Mondial Assistance s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale.

En conséquence, ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.

Ce service ne peut se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services locaux de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18).

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises à la législation sociale et au secret médical.

• Services à la personne

Mondial Assistance peut :

- > fournir au Bénéficiaire toute l'information utile sur les services à la personne,
- > mettre le Bénéficiaire en relation avec un Prestataire de son réseau de services à la personne entrant dans le cadre de la loi Borloo (ex : assistance administrative, bricolage, soutien scolaire) et hors cadre de la loi Borloo (esthéticienne, coiffure à Domicile, pédicure, manucure, massages - hors soins thérapeutiques).

Les Prestataires délivrant des prestations de services à la personne dans le cadre des activités définies comme telles par la loi Borloo sont agréés, afin que le Bénéficiaire puisse profiter d'avantages fiscaux.

Les coûts des devis et des prestations utilisées sont à la charge du Bénéficiaire.

Pour toute mise en place de prestation, le Prestataire dispose d'un délai minimum de 72 (soixante-douze) heures pour prendre contact avec le Bénéficiaire.

Les informations fournies par Mondial Assistance exclusivement par téléphone sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

5.1.2 - ASSISTANCE DE L'ENFANT MALADE

Lorsque le Bénéficiaire Hospitalisé ou Immobilisé à Domicile est un Enfant, Mondial Assistance met en oeuvre, dans les conditions et limites indiquées à l'article « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », une des prestations ci-après :

• Garde à Domicile de l'Enfant de moins de 16 ans malade ou convalescent

Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention d'un Prestataire au Domicile pour garder l'Enfant, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.

Chaque prestation de la garde d'Enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 et 19h00.

OU

• Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) pour s'occuper de l'Enfant.

OU

• Transfert des Enfants de moins de 16 ans au Domicile d'un Proche

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert des Enfants au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un Proche qui les accompagne (Transport aller-retour). Si nécessaire, Mondial Assistance missionne un accompagnateur.

5.1.3 - ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION

Sur simple appel téléphonique, suite à l'Hospitalisation du Bénéficiaire et dans les conditions et limites indiquées à l'article « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », Mondial Assistance met en oeuvre les prestations ci-après :

• Conseil social

L'équipe médico-sociale de Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue ses besoins et lui fournit des informations sur la législation et la réglementation sociale ainsi que sur les moyens de financement des différentes aides (ex : transport, hébergement, aide à domicile) dans les domaines suivants : maternité, prestations familiales, accueil du jeune enfant, emploi, chômage, maladie, accident, handicap, invalidité, retraite.

• Garde à Domicile des Enfants de moins de 16 ans

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde à Domicile des Enfants du Bénéficiaire Hospitalisé.

Chaque prestation de garde d'Enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

La prestation est rendue dans la limite des disponibilités locales par un Prestataire dont la mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant (à l'exclusion des soins médicaux).

Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

OU

• Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) pour s'occuper du Bénéficiaire et/ou des Enfants.

OU

• **Transfert des Enfants de moins de 16 ans au Domicile d'un Proche**

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert des Enfants au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un Proche qui les accompagne (Transport aller-retour). Si nécessaire, Mondial Assistance missionne un accompagnateur.

• **Veille ou prise en charge des Ascendants dépendants à charge**

Si aucun Proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance missionne :

- > soit une auxiliaire de vie qui aide aux actes de la vie quotidienne (ex : aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillement).
- > soit une personne de compagnie.

Chaque prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

OU

• **Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire**

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) pour s'occuper du Conjoint et/ou des Enfants.

OU

• **Transfert des Ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche**

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert des Ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un Proche qui les accompagne (Transport aller-retour). Si nécessaire, Mondial Assistance missionne un accompagnateur.

• **Accompagnement psychologique**

Une première évaluation par un psychologue clinicien est rendue par téléphone au cours de **6 (six) entretiens maximum** par évènement.

Le service est accessible du lundi au vendredi hors jours fériés, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

Sont exclues les maladies psychologiques antérieurement avérées ou constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.

5.1.4 - ASSISTANCE AU RETOUR D'HOSPITALISATION OU EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE

Sur simple appel téléphonique, suite à l'Hospitalisation ou l'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire et dans les conditions et limites indiquées à l'article « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », Mondial Assistance met en oeuvre les prestations ci-après :

• **Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire**

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) pour s'occuper du Bénéficiaire et/ou des Enfants.

• **Aide-ménagère**

Mondial Assistance met à la disposition du Bénéficiaire une aide-ménagère qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (ex : repassage, ménage, aide à la préparation des repas) au Domicile du Bénéficiaire.

L'intervention de l'aide-ménagère dure au minimum 2 (deux) heures consécutives et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

• **Portage des repas**

Mondial Assistance organise et prend en charge le portage du repas au Domicile du Bénéficiaire avec un délai de mise en place de **4 (quatre) jours ouvrés maximum à compter de la demande. Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.**

Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners + dîners ».

Le coût des repas n'est pas pris en charge.

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Mondial Assistance peut proposer l'intervention d'un Prestataire pour préparer les repas au Domicile dans les conditions précisées à la prestation « **Aide ménagère** » décrite ci-dessus.

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine, hors Corse et DOM-ROM.

• **Recherche et livraison en urgence au Domicile de médicaments**

immédiatement nécessaires prescrits par un médecin. Le Bénéficiaire immobilisé au Domicile n'est pas en mesure d'aller acheter ses médicaments. Mondial Assistance organise et prend en charge, dans la limite des contraintes locales, la recherche et la livraison au Domicile du Bénéficiaire, des médicaments indispensables à son traitement sur présentation d'une prescription médicale.

Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

5.2 - ASSISTANCE VOYAGE

5.2.1 - Assistance aux personnes

ASSISTANCE AU BÉNÉFICIAIRE

Dans les conditions et limites indiquées à l'article « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », Mondial Assistance organise et prend en charge les prestations ci-après :

• Rapatriement ou transport sanitaire du Bénéficiaire

> Transport, sanitaire si nécessaire, du Bénéficiaire vers le centre hospitalier le mieux adapté à son état de santé (soit dans le pays où il se trouve soit en France métropolitaine) par les moyens les plus appropriés.

> Lorsque l'hospitalisation n'a pas pu se faire à proximité du Domicile, le transfert vers un hôpital plus proche est pris en charge dès que l'état du Bénéficiaire le permet.

> Si l'hospitalisation à l'arrivée n'est pas indispensable, le transport du Bénéficiaire, sanitaire si nécessaire, est pris en charge jusqu'à son Domicile.

Les décisions sont prises en considération du seul intérêt médical du Bénéficiaire et appartiennent exclusivement aux médecins de Mondial Assistance en accord avec les médecins traitants locaux.

Les médecins de Mondial Assistance se mettent en rapport avec les structures médicales sur place et, si nécessaire, avec le médecin traitant habituel du Bénéficiaire afin de réunir les informations permettant de prendre les décisions les mieux adaptées à son état de santé.

Le rapatriement du Bénéficiaire est décidé et géré par un personnel médical titulaire d'un diplôme légalement reconnu dans le pays où ce personnel médical exerce habituellement son activité professionnelle. Seuls, l'intérêt médical du Bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur, sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen de transport et le choix du lieu d'hospitalisation éventuelle.

En raison des risques pouvant mettre en danger la santé des femmes ayant atteint un stade avancé dans leur grossesse, les compagnies aériennes appliquent des restrictions, différentes selon les compagnies et susceptibles d'être modifiées sans préavis : examen médical au maximum 48 heures avant le départ, certificat médical, accord médical de la compagnie, etc.

Le transport par avion est subordonné à l'obtention des autorisations accordées par la compagnie aérienne. Mondial Assistance ne saurait être tenue responsable d'un retard ou d'un empêchement dans l'exécution de la prestation « Rapatriement ou transport sanitaire du Bénéficiaire » du fait de toute restriction d'une compagnie aérienne.

Si le Bénéficiaire refuse de suivre les décisions prises par le service médical de Mondial Assistance, il dégage Mondial Assistance de toute responsabilité des conséquences d'une telle initiative, notamment en cas de retour par ses propres moyens ou d'aggravation de son état de santé, et perd tout droit à prestation et indemnisation de la part de Mondial Assistance.

• Frais médicaux d'urgence à l'étranger

Remboursement des Frais médicaux d'urgence à l'Etranger sur prescription médicale restant à la charge du Bénéficiaire après intervention des organismes de Sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance auxquels le Bénéficiaire est affilié.

Cette prestation cesse le jour où le service médical de Mondial Assistance estime que le rapatriement du Bénéficiaire est possible.

Pour bénéficier de cette prestation, le Bénéficiaire doit relever obligatoirement d'un régime primaire d'assurance maladie le couvrant au titre des Frais médicaux d'urgence à l'Etranger, pendant toute la durée du voyage.

Mondial Assistance peut également procéder à l'avance des frais d'hospitalisation imprévus et urgents, après accord de son service médical, dans la limite du plafond figurant à l'article « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

Dans ce cas, le Bénéficiaire s'engage à rembourser cette avance à Mondial Assistance dans un délai de 3 (trois) mois à compter de la date de mise à disposition des fonds. Passé ce délai, Mondial Assistance sera en droit d'exiger, outre le montant de l'avance consentie, les frais et les intérêts légaux. Cette avance est subordonnée à l'établissement d'un formulaire de reconnaissance de dette.

Ne donnent pas lieu à prise en charge complémentaire ou à l'avance de frais :

> les frais d'implant, de prothèses internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres, ainsi que les frais d'appareillage,

- > les frais engagés en France métropolitaine et dans les DROM, qu'ils soient consécutifs ou non à un Accident de la vie survenu en France ou à l'étranger,
- > les frais de vaccination,
- > les frais résultant de soins ou de traitements dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,
- > les frais de rééducation, de cure thermale ou de séjour en maison de repos, ainsi que les frais de soins ou traitements ne résultant pas d'une urgence médicale.

6 - RESPONSABILITÉ

Mondial Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le Bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Mondial Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site du Ministère de l'Économie et des Finances : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales>), mouvements populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Une information pour chaque pays est également disponible dans la rubrique « Conseil aux voyageurs » du site internet du Ministère des Affaires étrangères et du Développement international <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays/>.

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en oeuvre pour venir en aide au Bénéficiaire.

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité de Mondial Assistance ne concerne que les services qu'elle réalise en exécution de la Convention.

Elle ne sera pas tenue responsable :

- > des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès du Bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité ;
- > de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.

7 - EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Outre les exclusions prévues dans la Convention, sont toujours exclus :

- > les frais non justifiés par des documents originaux,
- > le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du Bénéficiaire,
- > les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le Bénéficiaire ou l'absorption par le Bénéficiaire de médicaments, drogues ou stupéfiants, non prescrits médicalement,
- > les conséquences :
 - des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - de l'exposition à des agents incapacitants,
 - de l'exposition à des agents radioactifs,
 - de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le Bénéficiaire séjourne,
- > les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
- > les conséquences :
 - de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
 - de maladies psychologiques antérieurement diagnostiquées/avérées/constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat,
 - des affections de longue durée, de maladies chroniques ou de l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées,
- > les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).

8 - MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

Lorsqu'un Bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord sur les solutions proposées, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse électronique suivante : reclamation@votreassistance.fr (ou envoyer un courrier à l'adresse : **AWP FRANCE SAS, Service Réclamations, TSA 70002 – 93488 Saint Ouen Cedex.**)

Un accusé de réception parviendra au Bénéficiaire dans les 10 (dix) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont Mondial Assistance le tiendrait informé.

Si le désaccord persiste, le Bénéficiaire peut alors saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance

<http://www.mediation-assurance.org>

LMA

TSA 50110

75441 Paris Cedex 09

Les entreprises d'assurance adhérentes de la FFA ont mis en place un dispositif permettant aux assurés et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges.

Ce dispositif est défini par la **Charte de La Médiation** de la FFA.

9 - COMPÉTENCE JURIDICTIONNELLE

Mondial Assistance fait élection de domicile en son siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen.

Les contestations qui pourraient être élevées contre Mondial Assistance à l'occasion de la mise en oeuvre de la Convention sont exclusivement soumises aux tribunaux français compétents et toutes notifications devront être faites par courrier recommandé avec accusé de réception à l'adresse indiquée ci-dessus.

10 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions fixées à l'article L 114-1 du Code des assurances.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

• Article L114-1 du Code des assurances

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

• Article L114-2 du Code des assurances

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».

• Article L114-3 du Code des assurances

« Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil, parmi ces dernières figurent notamment : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, la demande en justice même en référé, l'acte d'exécution forcée.

Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription, se reporter aux articles du Code civil précités.

11 - LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

AWP P&C est responsable du traitement de données à caractère personnel dans le cadre de la mise en oeuvre des prestations d'assistance et en dehors des données à caractère personnel qui lui sont communiquées par AGRI PREVOYANCE, tel que défini par la législation et la réglementation applicables en matière de protection des données.

Données collectées

Les différents types de données personnelles sont collectées et traitées conformément à ce qui suit :

→ les données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat (état civil, identification - nom, prénom, pseudo, date de naissance, numéro d'identification, adresse postale ou électronique) et

- toute autre donnée nécessaire à la passation et/ou l'exécution des prestations d'assistance. qu'il s'agisse de données relevant de la vie personnelle (habitude de vie, situation familiale, de la vie professionnelle (cv, formation professionnelle), d'informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale) ou encore de données de localisation (données GPS)

Dans ce cadre, les « données personnelles sensibles » telles que définies à l'article 9 du Règlement Général sur la Protection des Données à caractère Personnel pourront être collectées et traitées.

En souscrivant aux présentes, le Participant s'engage à communiquer les informations figurant dans cet article à tout tiers pour lequel toute donnée personnelle pourrait nous être transmise (les autres assurés, les Bénéficiaires, les tiers impliqués dans le sinistre, les personnes à prévenir en cas d'urgence, etc...) et il accepte de ne pas communiquer ces informations autrement.

Collecte et traitement de données

Les données personnelles transmises par le Bénéficiaire et celles reçues de tiers (comme expliqué plus bas), sont collectées et traitées pour un certain nombre de finalités et sous réserve du consentement exprès du Bénéficiaire, à moins que ce dernier ne soit pas exigé par les lois et réglementations applicables, comme indiqué ci-dessous :

Finalité	Consentement exprès ?
Administration du contrat d'assistance (ex. : exécution du contrat, mise en œuvre des prestations d'assistance, traitement des réclamations)	Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où les données personnelles doivent être traitées dans le cadre de la mise en œuvre des prestations d'assistance, du traitement de la réclamation, le consentement exprès du Bénéficiaire, ne sera pas sollicité.
Pour mener des enquêtes de qualité sur les services fournis, afin d'évaluer le niveau de satisfaction du Bénéficiaire et de l'améliorer	Non. Le responsable du traitement a un intérêt légitime à contacter le Bénéficiaire après avoir géré une demande ou après avoir fourni une prestation afin de s'assurer que ses obligations contractuelles ont été exécutées d'une manière satisfaisante. Toutefois, le Bénéficiaire a le droit de s'y opposer en contactant comme expliqué ci-dessous.
Pour satisfaire à toute obligation légale (obligations fiscales, comptables et administratives)	Non, dans la mesure où ces activités de traitement sont expressément et légalement autorisées.
À des fins de vérification, pour se conformer aux obligations légales ou aux procédures internes	Non. Le responsable du traitement peut traiter les données du Bénéficiaire dans le cadre d'audits internes ou externes requis soit par la loi, soit par ses procédures internes. Il ne sollicitera pas le consentement du Bénéficiaire au titre de ces traitements s'ils sont justifiés en vertu de la réglementation en vigueur ou au titre de son intérêt légitime. Toutefois, Le responsable du traitement s'assurera que seules les données à caractère personnel strictement nécessaires seront utilisées et qu'elles seront traitées en toute confidentialité. Les audits internes sont généralement réalisés par la société mère du responsable du traitement.
Pour réaliser des analyses statistiques et qualitatives sur la base des données et du taux de demandes d'indemnisation	Non. Si le responsable du traitement réalise l'une de ces activités de traitement, il le fera en anonymisant les données personnelles. En conséquence, les données anonymisées ne sont plus considérées comme des données « à caractère personnel » et le consentement du Bénéficiaire n'est plus requis.
Au titre de la prévention et de la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques, y compris le cas échéant, par exemple, la comparaison entre vos informations et celles figurant sur les précédentes demandes, ou la vérification des systèmes courants de déclaration de sinistre. Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, AWP P&C se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.	Non. Il est entendu que la détection et la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques constituent un intérêt légitime du responsable du traitement. Par conséquent, il est en droit de traiter les données du Bénéficiaire à cette fin sans avoir à recueillir son consentement.

Comme mentionné plus haut, pour les finalités énumérées précédemment, les données personnelles traitées sont reçues du partenaire commercial d'AWP P&C : **AGRI PREVOYANCE**.

Concernant les finalités mentionnées précédemment pour lesquelles il est indiqué que le consentement exprès du Bénéficiaire n'est pas requis ou dans les cas où le responsable de traitement aurait besoin de ces données personnelles dans le cadre de la souscription du contrat d'assurance et/ou de la gestion de sinistre, les données personnelles sont traitées sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement et/ou conformément à ses obligations légales.

Les données personnelles du Bénéficiaire seront nécessaires pour la mise en œuvre des prestations d'assistance. Si le Bénéficiaire ne souhaite pas fournir ces données, le responsable de traitement ne sera pas en mesure de garantir l'accès aux produits et services demandés ou susceptibles d'intéresser le Bénéficiaire.

Accès aux données

Dans le cadre des finalités énoncées, les données personnelles du Bénéficiaire pourront être divulguées aux parties suivantes agissant en tant que :

- tiers, responsables du traitement des données : organismes du secteur public, autre société du groupe (AWP Réunion), autre assureur partenaire du contrat d'assistance (Agri prévoyance).
- préposés au traitement des données, opérant sous la responsabilité d'AWP P&C:
 - autres sociétés du groupe dont AWP France SAS, consultants techniques, experts, avocats, experts en sinistres, réparateurs, prestataires, médecins et sociétés de services délégués des opérations d'AWP France SAS (réclamations, informatique, services postaux, gestion de documents).

En définitive, les données personnelles du Bénéficiaire pourront être partagées dans les cas suivants :

- dans les cas de réorganisation structurelle, fusion, vente, coentreprise, cession, transfert ou autre disposition de tout ou partie de l'activité d'AWP P&C, de ses actifs ou de ses titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires) ; et
- afin de se conformer à toute obligation légale, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où le Bénéficiaire présenterait une réclamation concernant l'un de produits ou services d'AWP P&C.

Transfert des données

Les données personnelles du Bénéficiaire pourront être traitées à l'intérieur de l'Union Européenne (UE), sous réserve des restrictions contractuelles relatives à la confidentialité et à la sécurité, conformément à la législation et à la réglementation applicables en matière de protection des données. Les données personnelles ne sont pas divulguées à des parties non autorisées à les traiter.

Droits relatifs aux données personnelles

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, le Bénéficiaire a le droit :

- d'accéder à ses données personnelles et de connaître leur provenance, les objectifs et finalités du traitement de ces données, les informations concernant le(s) responsables(s) du traitement des données, le(s) préposé(s) au traitement des données et les destinataires des données potentiellement divulguées ;
- de retirer son consentement à tout moment, dans les cas où celui-ci est requis pour le traitement de ses données personnelles ;
- de mettre à jour ou de rectifier ses données personnelles afin qu'elles soient toujours exactes ;
- De demander la suppression de ses données personnelles de systèmes du responsable de traitement si leur conservation n'est plus nécessaire dans le cadre des finalités indiquées précédemment ;
- de restreindre le traitement de ses données personnelles dans certaines circonstances ;
- de s'opposer au traitement de ses données personnelles par les services d'AWP France SAS, ou de solliciter l'arrêt du traitement desdites données ;
- d'obtenir ses données personnelles au format électronique, pour son usage personnel ou celui de son nouvel assureur ; et
- de déposer une plainte auprès du responsable de traitement et/ou de l'autorité de protection des données compétente.

Le Bénéficiaire peut exercer ces droits en contactant AWP France SAS comme indiqué plus bas.

Durée de conservation des données

Les données personnelles du Bénéficiaire ne sont conservées que pendant la durée nécessaire aux fins indiquées dans la présente clause puis elles seront supprimées ou anonymisées une fois qu'elles ne sont plus nécessaires.

Ci-dessous figurent quelques-unes des durées de conservation applicables aux finalités indiquées ci-dessus :

- pour une durée de deux (2) ans à compter de la date de fin du contrat d'assurance
- En cas de sinistre – deux (2) ans à compter du règlement du sinistre.
- En cas de sinistre avec dommages corporels – dix (10) ans à compter du sinistre.
- Pour toute information sur les réclamations – deux (2) ans à compter de la réception de la réclamation.
- Pour toute information sur le contrat – deux (2) ans à compter de l'expiration, de la résiliation, ou de l'annulation.

Toutefois, des obligations ou des événements spécifiques supplémentaires peuvent parfois annuler ou modifier ces durées, tels que des litiges ou des enquêtes réglementaires en cours, qui peuvent remplacer ou suspendre ces durées jusqu'à ce que l'affaire soit close et que le délai applicable d'examen ou d'appel ait expiré. En particulier, les durées de conservation basées sur des prescriptions dans le cadre d'actions en justice peuvent être suspendues puis reprendre par la suite.

Contact

Pour toute question concernant l'utilisation des données personnelles, le Bénéficiaire peut contacter AWP France SAS par e-mail ou par courrier postal :

AWP France SAS

Département Protection des Données Personnelles

7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen

E-mail : informations-personnelles@votreassistance.fr

12 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise 4, Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS Cedex 09.

13 - LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISÉE

La Convention est régie par la loi française. La langue utilisée pour l'exécution de la convention est le français.

ARTICLE 2.7

LES SERVICES DU RESEAU DE SOINS

Les services proposés par le réseau de soins sont mis en oeuvre par la société Carte Blanche Partenaires (26 rue Laffitte - 75009 PARIS)

Le tiers payant

Ce service permet la dispense d'avance des frais sur les équipements optiques, le contrôle des engagements du professionnel de santé et les flux dématérialisés.

Les applications internet

Carte Blanche met à disposition l'annuaire géolocalisé des opticiens partenaires, des conseils prévention et de l'information sur la santé des yeux.

Le réseau des opticiens partenaires

Les professionnels de santé partenaires de Carte Blanche proposent des tarifs encadrés et des services préférentiels.



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