



Groupama
la vraie vie s'assure ici

SALARIES

ANNEXE À LA NOTICE D'INFORMATION

REGIME FRAIS DE SANTE PRODUCTION AGRICOLE



**AGRICA
PRÉVOYANCE**

Proches par nature, engagés à vos côtés

SOMMAIRE



TITRE 1	PREAMBULE	3
TITRE 2	ANNEXE A LA NOTICE D'INFORMATION	4
ARTICLE 2.1	OBJET	4
ARTICLE 2.2	CHAMPS D'APPLICATION	4
ARTICLE 2.3	GROUPE ASSURE	4
ARTICLE 2.4	ADHESION AU CONTRAT	4
ARTICLE 2.5	MONTANT DES GARANTIES	5
ARTICLE 2.6	TABLEAU DES GARANTIES	5
ARTICLE 2.7	LES PRESTATIONS GARANTIE ASSISTANCE	9
ARTICLE 2.8	DESCRIPTIF DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE	15
ARTICLE 2.9	LES SERVICES DU RESEAU DE SOINS	18

TITRE 1

PREAMBULE

La présente Annexe à la Notice d'Information a pour objet de vous préciser le niveau de vos 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 votre entreprise, ou à défaut souscrites par vous-même.

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 ». A défaut de choix par vos partenaires sociaux locaux ou votre entreprise, vous avez la possibilité d'opter à titre facultatif, pour ce renforcement.

Votre entreprise vous propose à titre facultatif de couvrir vos ayants droit.

TITRE 2

ANNEXE A LA NOTICE D'INFORMATION

ARTICLE 2.1 OBJET

La présente Annexe complète votre Notice d'Information de la « Production agricole ».

La présente **Annexe à la Notice d'Information** précise notamment les garanties correspondant au niveau du socle conventionnel obligatoire et aux niveaux renforcés de l'Accord national de la production agricole.

La garantie Assistance et le réseau de soins sont également définis dans la présente Annexe à la Notice d'Information.

ARTICLE 2.2 CHAMPS D'APPLICATION

Votre 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, et avoir préalablement complété et signé le Bulletin d'adhésion au présent contrat.

ARTICLE 2.3 GROUPE ASSURE

Les bénéficiaires des garanties frais de santé sont les suivants :

1- **vous-même en tant que salarié, sauf si vous êtes titulaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois (auquel cas vous pourrez bénéficier du versement santé sous certaines conditions) ;**

2- **vos ayants droit définis au Titre « Définitions » la Notice d'Information, sous réserve que l'Accord collectif dont relève votre entreprise le prévoit et que votre employeur ait choisi de les couvrir à titre obligatoire ou que vous ayez demandé l'extension facultative de vos garanties frais de santé à leur bénéfice.**

ARTICLE 2.4 ADHESION AU CONTRAT

Vos partenaires sociaux locaux ou votre entreprise choisissent le niveau de garanties en adhérant au seul **socle obligatoire conventionnel** prévu par l'Accord collectif national ou en souscrivant, pour l'ensemble du groupe assuré, une garantie optionnelle.

Lorsque vos partenaires sociaux locaux ou votre entreprise ne choisissent pas à titre obligatoire les garanties optionnelles « **Option 1** », « **Option 2** » ou « **Option 3** », vous avez la possibilité de renforcer vos garanties en optant à titre facultatif pour l'une de ces options.

Si votre entreprise ou vos partenaires sociaux locaux ont choisi les garanties optionnelles « Option 1 » ou « Option 2 » à titre obligatoire, vous pouvez choisir d'améliorer votre niveau de couverture en demandant votre affiliation aux options « Option 2 », ou « Option 3 ». Dans ce cas, le niveau de garanties que vous avez choisi s'applique également à vos ayants droit affiliés.

Vos partenaires sociaux locaux ou votre entreprise déterminent également la structure tarifaire de la cotisation et vous permettent d'étendre vos garanties à vos ayants droit, soit de manière obligatoire, soit à titre facultatif.

ARTICLE 2.5 MONTANT DES GARANTIES

Les remboursements garantis par votre contrat **figurent à l'Article « Tableau des garanties » de la présente Annexe à la Notice d'Information.**

ARTICLE 2.6 TABLEAU 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, notamment : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré et médicaments homéopathiques), du forfait patient urgences, du forfait « actes lourds », 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. Les remboursements garantis s'effectuent, poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la classification commune des actes médicaux, **dans la limite des frais réellement engagés** et dans les conditions prévues au présent tableau de garanties.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale et/ou en euros. Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, sauf exceptions prévues par la réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au présent tableau de garanties.

NATURE DES FRAIS	Remboursement Régime de base obligatoire		Remboursement total (y compris régime de base)	Remboursement total (y compris régime de base et socle)		
	Hors Alsace Moselle	Alsace Moselle	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux (y compris téléconsultation, actes techniques)						
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR	220 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR	220 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux	60 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Sages-femmes	70 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Analyses, et examens de laboratoire ⁽²⁾	de 60 % à 100 % BR	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⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	170 % BR	210 % BR	210 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	190 % BR	190 % BR
Actes de prévention ⁽³⁾	de 35 % à 70 % BR	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" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	65 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	30 % BR	80 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	15 % BR	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	60 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Prothèses et petits appareillages, orthopédie, (sauf prothèses auditives et dentaires)	60 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
- Gros appareillages (sauf prothèses auditives et dentaires)	100 % BR	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	100 % BR
Honoraires :						
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % ou 100 % BR	100 % BR	255 % BR	255 % BR	350 % BR	350 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % ou 100 % BR	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
Forfait patient urgences ⁽⁶⁾	-	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 pendant 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 pendant 45 jours maxi
Frais d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans (par jour/bénéficiaire)	-	-	-	25 €/ jour	35 €/ jour	50 €/ jour pendant 10 jours maximum/an puis 30 €/ jour
Forfait maternité (dans la limite des frais engagés)	-	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS	2/5 PMSS	2/5 PMSS

NATURE DES FRAIS	Remboursement Régime de base obligatoire		Remboursement total (y compris régime de base)	Remboursement total (y compris régime de base et socle)		
	Hors Alsace Moselle	Alsace Moselle	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
OPTIQUE : 1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽⁷⁾						
Equipements 100% santé (Classe A) ⁽⁸⁾ :						
- Monture	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Verre	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Autres équipements (Classe B) :						
- Monture	60 % BR	90 % BR	ADULTE : 15 € ENFANT : 100 €	100 €	100 €	100 €
- Verre simple ⁽⁹⁾	60 % BR	90 % BR	100 €/verre	100 €/verre	150 €/verre	150 €/verre
- Verre complexe ⁽⁹⁾	60 % BR	90 % BR	175 €/verre	250 €/verre	300 €/verre	300 €/verre
- Verre très complexe ⁽⁹⁾	60 % BR	90 % BR	175 €/verre	250 €/verre	300 €/verre	300 €/verre
Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B ⁽⁸⁾	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Supplément pour verre avec filtre ⁽⁸⁾	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	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 / œil / bénéficiaire
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil	-	-	-	-	-	300 € / an / œil / bénéficiaire
DENTAIRE						
Soins et prothèses 100% Santé ⁽⁸⁾	70 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins (hors 100% Santé)	70 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlay Onlay (hors 100% Santé) ⁽¹⁰⁾	70 % BR	90 % BR	125 % BR	200 % BR	225 % BR	250 % BR
Prothèses et inlays core (hors 100% Santé)						
- Inlays core à honoraires maîtrisés ou libres ⁽¹⁰⁾	70 % BR	90 % BR	125 % BR	125 % BR	125 % BR	690 % BR + 400 € / an / bénéficiaire
- Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés ou libres ⁽¹⁰⁾	70 % BR	90 % BR	210 % BR + 300 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 360 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 450 € / 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	70 % ou 100 % BR	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 2021 ⁽⁸⁾	60 % BR	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	60 % BR	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	60 % BR	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 70 % BR	65 % ou 90 % BR	65 % ou 70 % BR ou 65 % ou 90 % 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	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 (diphthérie, 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) Forfait patient urgences : participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L.160-13-1 du code de la sécurité sociale.

(7) 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.

(8) 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.

(9) 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 \leq +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) \leq 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 \geq 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 \leq +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) \leq 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 \geq 0,25 dioptrie
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S $>$ 8 dioptries

(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) 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 2.7
LES PRESTATIONS GARANTIE ASSISTANCE

La garantie assistance est assurée par : MUTUAIDE ASSISTANCE, Société d'Assurance régie par le Code des Assurances.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE (par bénéficiaire et par an)

Informations et service santé	
Informations pratiques et juridiques	Inclus
Informations par téléphone pour les adresses des professionnels de santé proches du domicile	Inclus
Recherche d'un professionnel de santé	Inclus
Mise en relation avec un médecin	Inclus
Soutien psychologique en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile	6 entretiens par événement
Assistance de l'enfant malade (durée minimale de l'immobilisation 3 jours)	
Garde d'enfant malade ou venue d'un proche	Frais de garde 30 heures ou frais de transport 2 fois par an et par enfant
Assistance en cas d'hospitalisation (durée minimale de l'hospitalisation 4 jours)	
Accompagnement administratif et social	Inclus
Enfant mineur de moins de 16 ans : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
Ascendants : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
Assistance au retour d'hospitalisation ou en cas d'immobilisation au domicile (durée minimale de l'hospitalisation 4 jours ou de l'immobilisation 10 jours)	
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	7500 € par événement

Assistance au retour d'hospitalisation ou en cas d'immobilisation au domicile (durée minimale de l'hospitalisation 4 jours ou de l'immobilisation 10 jours)	
Rapatriement médical (à plus de 100 km du domicile)	Frais de rapatriement par événement

* garanties non cumulables avec l'aide-ménagère. Services disponibles 7 jours sur 7 – 24 heures sur 24 depuis la France et l'étranger

2.7.1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES DE LA GARANTIE ASSISTANCE

OBJET DE L'ASSISTANCE

La garantie assistance assurée par MUTUAIDE ASSISTANCE (entreprise régie par le Code des assurances située 126 rue de la Piazza, CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX) est proposée en inclusion de la garantie Frais de santé. Elle comprend un ensemble de prestations mises en oeuvre :

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

BÉNÉFICIAIRES

- les salariés ouvriers et employés non cadres ;
- leurs ayants droit tels que définis au Conditions Générales.

DÉBUT ET FIN DE LA GARANTIE

La garantie entre en vigueur dès la prise d'effet de la garantie Frais de santé. Elle cesse tous ses effets en cas de cessation cette dernière.

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.

DÉFINITIONS

L'assistance santé

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

Domicile

Votre lieu de résidence principal et habituel en France métropolitaine, principautés d'Andorre ou de Monaco, ou dans les DROM, et figurant sur la déclaration d'impôt sur le revenu.

Événements garantis :

■ Pour l'assistance Santé :

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

■ Pour l'assistance aux personnes en déplacement :

- maladie ou blessure vous empêchant de poursuivre votre déplacement dans les conditions prévues.

Hospitalisation

Séjour d'une durée égale ou supérieure à 48 heures dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical à la suite d'une atteinte corporelle grave. Un séjour en maternité d'une durée inférieure à 12 jours n'est pas considéré comme une hospitalisation.

Immobilisation d'un bénéficiaire au domicile

L'état qui vous empêche d'exercer votre activité habituelle et qui entraîne, à la suite d'une maladie ou d'un accident, votre immobilisation au domicile pour une durée égale ou supérieure à 10 jours consécutifs pour des raisons médicalement justifiées et prouvées.

Atteinte corporelle grave

Accident ou maladie à caractère imprévisible dont la nature met en jeu le pronostic vital ou risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état de la victime si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Par accident on entend : altération brutale de la santé ayant pour cause un événement extérieur soudain, imprévisible, violent et indépendant de la volonté de la victime.

L'intoxication alimentaire est assimilée à un accident.

Par maladie on entend : altération soudaine et imprévisible de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Par maladie grave on entend : maladie mettant en jeu le pronostic vital.

Blessure

Toute atteinte corporelle médicalement constatée consécutive à un événement soudain et fortuit, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure atteignant le bénéficiaire et non intentionnelle de la part de ce dernier.

Proche

Toute personne physique désignée par vous, domiciliée :

- en France métropolitaine, principautés d'Andorre ou de Monaco si vous êtes domicilié en France métropolitaine, principautés d'Andorre ou de Monaco ;
- dans le même territoire ou département d'Outre-mer que vous si vous êtes domicilié dans les DOM.

Par « DOM » (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 oeuvre 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.

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

- à votre domicile situé en France métropolitaine, principautés d'Andorre ou de Monaco ou dans les DOM.

Pour l'assistance aux personnes en déplacement :

- monde entier sauf pays de domicile, France métropolitaine et DOM, pour la garantie avance des frais médicaux et d'hospitalisation;
- monde entier pour la garantie rapatriement médical.

Dans tous les cas, une franchise de 100 km est appliquée. Les garanties ne sont pas accordées dans les pays en état de guerre civile ou étrangère, déclarée ou non, ni dans les pays d'instabilité politique notoire subissant des représailles, des restrictions à la libre circulation des personnes et des biens, et ce, quel qu'en soit le motif, notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, ni dans les pays subissant des actes de terrorisme, ayant subi des catastrophes naturelles ou une désintégration du noyau atomique.

MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE 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, a posteriori à un remboursement ou à une quelconque indemnisation.

Déclenchement de la garantie

Seul l'appel téléphonique au moment de l'événement permet le déclenchement de l'assistance.

Pour bénéficier des prestations d'assistance, vous ou votre représentant devez contacter MUTUAIDE préalablement à toute intervention. Lors du premier appel, un numéro de dossier d'assistance vous sera communiqué. Vous devrez le rappeler systématiquement lors de toutes relations ultérieures avec le service.

Pour contacter MUTUAIDE 7 jours sur 7 – 24 heures sur 24

Depuis la France

Tél. : 01 55 98 57 60.

Fax : 01 45 16 63 92 ou 01 45 16 63 94.

Depuis l'étranger

Tél. : 33 1 55 98 57 60.

Fax : 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

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

- l'identifiant du contrat ;
- votre nom et prénom ;
- votre numéro de Sécurité sociale ;
- l'adresse de son domicile ;
- le cas échéant, les nom et prénom de la personne qui bénéficiera des prestations ;
- le lieu et le numéro de téléphone où le bénéficiaire ou son représentant peut être joint ;
- la nature de la demande.

Remboursement des frais engagés

MUTUAIDE rembourse, après accord express, sur présentation des factures originales correspondant aux frais engagés, et ce, sous réserve d'avoir été contacté dans les délais impartis. Ces demandes doivent être adressées à :

MUTUAIDE ASSISTANCE

Service Gestion des Sinistres

126 rue de la Piazza CS 20010

93196 Noisy le Grand CEDEX

Contrôle

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

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.

LIMITES ET EXCLUSIONS DE LA GARANTIE

Outre les exclusions prévues, 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, neurotoxique sou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où vous séjournez et/ou nationales de votre pays de domicile ;
- les conséquences d'actes dolosifs, de suicide ou de tentative de suicide ;
- les conséquences de toute mutilation volontaire du bénéficiaire ;
- les dommages provoqués intentionnellement par le bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou à une rixe, sauf en cas de légitime défense ;
- le montant des condamnations et leurs conséquences;
- l'usage de stupéfiants ou de drogues non prescrits médicalement et ses conséquences ;
- l'état d'imprégnation alcoolique et ses conséquences;
- la pratique, à titre professionnel, de tout sport ;
- la participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires à bord de tout engin de locomotion terrestre ou aérien ;
- les conséquences des événements survenus au cours d'épreuves, courses et compétitions motorisées (et leurs essais) soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics lorsque le bénéficiaire y participe entant 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 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 frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec le bénéficiaire ;
 - les maladies chroniques ;
- les frais médicaux et d'hospitalisation dans le pays de domicile du bénéficiaire, en France métropolitaine et dans les DROM ;
- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et/ou qui n'empêchent pas le bénéficiaire de poursuivre son voyage ;
 - les convalescences et les affections en cours de traitement non encore consolidées et comportant un risque d'aggravation brutale ;
 - les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies et les frais en découlant ;
 - les maladies et/ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation ambulatoire dans les 3 mois précédant la date du départ en voyage, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état ;
 - les événements liés à un traitement médical ou à une intervention chirurgicale qui ne présenteraient pas un caractère imprévu, fortuit ou accidentel ;
 - les services médicaux ou paramédicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant ;
 - les frais de prothèse (optique, dentaire, acoustique, fonctionnelle) ;
 - les frais de douane, de restauration, d'hôtel, sauf ceux précisés dans le texte des garanties.

Exclusions de l'assistance Santé :

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

TRAITEMENT DES RECLAMATIONS

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

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

MUTUAIDE Assistance
Service Qualité Clients
126 rue de la Piazza, CS 20010
93196 Noisy le Grand CEDEX

MUTUAIDE Assistance s'engage à accuser réception de votre courrier dans un délai de 10 jours ouvrés. Il sera traité dans les deux mois au plus.

Si le désaccord persiste, vous pouvez saisir la Médiation de l'Assurance par courrier à :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 PARIS cedex 09

COLLECTE DES DONNEES

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 Janvier 1978, l'assuré reconnaît être informé que l'assureur, traite ses données personnelles et que par ailleurs :

- les réponses aux questions posées sont obligatoires et qu'en cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à son égard peuvent être la nullité de l'adhésion au Contrat d'assurance (article L 113-8 du Code des Assurances) ou la réduction des indemnités (article L 113-9 du Code des Assurances),

- Les destinataires des données le concernant sont principalement les collaborateurs de l'assureur mais aussi ses partenaires pour la mise en œuvre des garanties et les organismes professionnels habilités.
- En sa qualité d'organisme financier, l'assureur est soumis aux obligations légales issues principalement du code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, qu'à ce titre, il met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon ou à une mesure de gel des avoirs conformément à l'autorisation unique donnée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 16 Juin 2011.
- Ses données personnelles pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance que la CNIL a autorisé l'assureur à mettre en œuvre conformément à l'autorisation unique en date du 17 Juillet 2014 ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.
- En sa qualité d'assureur, il est fondé à effectuer des traitements de données relatives aux infractions, condamnations et mesures de sûreté soit au moment de la souscription du contrat d'assurance, soit en cours de son exécution ou dans le cadre de la gestion de contentieux conformément à l'autorisation unique donnée par la CNIL en date du 23 Janvier 2014.
- Les données personnelles pourront également être utilisées par l'assureur dans le cadre de traitements qu'il met en œuvre et dont l'objet est la recherche et le développement pour améliorer la qualité ou la pertinence de ses futurs produits d'assurance et offres de services.

Les données à caractère personnel le concernant peuvent être accessibles à certains des collaborateurs ou prestataires de l'assureur établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne. L'assuré pourra également demander une communication de ces renseignements et exercer son droit d'accès et de rectification sur l'ensemble des données le concernant en s'adressant au correspondant Relais Informatique et Libertés - MUTUAIDE ASSISTANCE 126 rue de la Piazza, CS 20010 - 93196 Noisy le Grand CEDEX

ARTICLE 2.8

DESSCRIPTIF DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

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

▼ 2.8.1 Informations et services santé

Informations pratiques et juridiques

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

MUTUAIDE ASSISTANCE recherche les informations pratiques à caractère documentaire destinées à orienter le salarié dans les domaines de la vie quotidienne. Les informations communiquées par MUTUAIDE ASSISTANCE sont des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66-1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971. Elles ne constituent pas des consultations juridiques.

Informations par téléphone sur les adresses des professionnels de santé proches du domicile

MUTUAIDE ASSISTANCE recherche et communique au bénéficiaire des informations à caractère général, dans le domaine de la maladie et de la santé, telles que :

- renseignements généraux ;
- adresses et coordonnées de professionnels de santé (médecins, dentistes, infirmiers, ambulanciers, kinésithérapeutes, pharmacies de garde, laboratoires...);
- vaccinations ;
- hygiène – prévention ;
- diététique ; associations spécialisées ;
- magasins de matériel médical ;
- centres de cure, centres hospitaliers, centres de soins, de convalescence ;
- établissements spécialisés ;
- précautions à prendre, en cas de voyage, selon les pays visités.

Recherche et envoi d'un professionnel de santé

En cas d'absence du médecin traitant, MUTUAIDE ASSISTANCE peut apporter toute l'aide nécessaire pour la recherche d'un professionnel de santé (médecin, dentiste, personnel paramédical), en fonction des disponibilités locales.

Les frais éventuels de déplacement, de soins, les honoraires et autres restent intégralement à la charge du bénéficiaire.

Réservation d'un lit en milieu hospitalier

Si une hospitalisation est jugée nécessaire par le médecin traitant du bénéficiaire, MUTUAIDE ASSISTANCE réserve un lit dans le service hospitalier le plus proche de son domicile ou le plus apte à répondre aux besoins de traitement (après l'accord du centre d'admission).

Mise en relation avec un médecin

Si le bénéficiaire souhaite dialoguer avec un médecin, il peut contacter MUTUAIDE ASSISTANCE 24h/24 qui organise la mise en relation avec l'un d'eux. Le bénéficiaire peut obtenir des informations médicales ou des explications sur des pathologies.

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

Soutien psychologique

Le bénéficiaire est hospitalisé pour une durée égale ou supérieure à 48 heures, ou il est immobilisé au domicile pour une durée égale ou supérieure à 8 jours.

MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge une aide psychologique en mettant le bénéficiaire en relation téléphonique avec un psychologue dans la limite de 6 entretiens téléphoniques par personne et par événement.

2.8.2 Assistance de l'enfant malade

Garde des enfants

À la suite d'un problème médical imprévu constaté par un certificat médical, un des enfants du bénéficiaire doit garder la chambre pour une durée égale ou supérieure à 3 jours consécutifs, et le bénéficiaire ne peut rester à son chevet.

MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge, au choix, dès le premier jour de l'immobilisation :

- soit la garde de l'enfant au domicile par une personne qualifiée, dans la limite des contraintes locales, à concurrence de 30 heures maximum, réparties du lundi au vendredi (hors jours fériés), pour 2 heures minimum par jour, dans une tranche horaire de 8 h 00 à 19 h 00 ;
- soit un voyage aller-retour permettant à un proche de se rendre au domicile du bénéficiaire pour garder l'enfant, et ce, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales.

Cette prestation est accordée 2 fois par an et par enfant.

2.8.3 Assistance en cas d'hospitalisation (prévue ou imprévue)

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

Accompagnement administratif et social

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

Garde des enfants de moins de 16 ans

Le bénéficiaire est hospitalisé, et personne dans son entourage immédiat ne peut se charger de la garde des enfants au domicile. MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge, au choix :

- soit la garde des enfants au domicile par une assistante maternelle, dans la limite des contraintes locales, à concurrence de 20 heures maximum par événement, réparties du lundi au vendredi (hors jours fériés) pour 2 heures minimum par jour, dans une tranche horaire de 8 h 00 à 19 h 00. L'assistante maternelle se chargera, le cas échéant, de la conduite des enfants à l'école ;
- soit un voyage aller-retour permettant à un proche de se rendre au domicile du bénéficiaire pour garder les enfants, et ce, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales ;
- soit le transport aller-retour des enfants, accompagnés par une hôtesse le cas échéant, jusqu'au domicile d'un proche désigné par le bénéficiaire.

Cette prestation est accordée 1 fois par an.

Garde des ascendants

Le bénéficiaire est hospitalisé, et personne dans son entourage immédiat ne peut se charger de la garde des ascendants à charge. MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge, au choix :

- soit la venue d'une personne qualifiée au domicile pour en assurer la garde, dans la limite des contraintes locales, à concurrence de 20 heures maximum par événement, réparties du lundi au vendredi (hors jours fériés) pour 2 heures minimum par jour, dans une tranche horaire de 8 h 00 à 19 h 00 ;
- soit un voyage aller-retour permettant à un proche de se rendre au domicile du bénéficiaire pour garder les ascendants, et ce, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales ;
- soit le transport aller-retour des ascendants jusqu'au domicile d'un proche, désigné par le bénéficiaire.

Cette prestation est accordée 1 fois par an.

▼ 2.8.4 Assistance au retour d'hospitalisation ou en cas d'immobilisation au domicile (prévue ou imprévue)

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

- dès le premier jour du retour au domicile, à la suite d'une hospitalisation d'une durée égale ou supérieure à 48 heures consécutives ;
- dès le premier jour d'une immobilisation au domicile d'une durée égale ou supérieure à 8 jours consécutifs.

Organisation et prise en charge de la venue d'un proche

Si le bénéficiaire souhaite la présence d'un proche parent, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge les frais de transport du proche jusqu'à son chevet, et ce, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales.

Cette prestation est accordée au maximum 2 fois par an.

Aide-ménagère

Le bénéficiaire, immobilisé au domicile, est dans l'impossibilité de remplir ses obligations domestiques. MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge, en fonction des disponibilités locales, la venue d'une aide-ménagère pour aider aux tâches quotidiennes (entretenir le domicile, préparer les repas ou effectuer les courses). Notre prise en charge ne peut excéder 30 heures au total, à raison de 2 heures consécutives minimum par jour (du lundi au vendredi, hors jours fériés, et dans une tranche horaire de 8 h 00 à 19 h 00), réparties dans les 30 jours, depuis le premier jour de l'immobilisation au domicile.

La prestation est accordée au maximum 2 fois par an.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les garanties « recherche et livraison de repas » et « recherche et livraison de médicaments ». MUTUAIDE ASSISTANCE ne pourra en aucun cas se porter garant de la qualité des prestations et voir sa responsabilité engagée à ce titre.

Recherche et livraison de repas

Le bénéficiaire, immobilisé au domicile, est dans l'impossibilité de préparer les repas ou d'effectuer les courses. MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge, dans la limite des contraintes locales, la livraison des repas au domicile de celui-ci, à raison d'une livraison par jour (comprenant un ou deux repas), pendant 15 jours. Le coût des repas reste à la charge du bénéficiaire.

Cette prestation est accordée 2 fois par an.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la garantie « aide ménagère ».

Recherche et livraison de médicaments

Le bénéficiaire, immobilisé au domicile, n'est pas en mesure d'aller acheter ses médicaments. MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge, dans la limite des contraintes locales, la recherche et la livraison au domicile du bénéficiaire des médicaments indispensables à son traitement sur présentation d'une prescription médicale. Le coût des médicaments reste à la charge du bénéficiaire.

Cette prestation est accordée 6 fois par an.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la garantie « aide ménagère ».

▼ 2.8.5 Assistance aux personnes en déplacement

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

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

MUTUAIDE ASSISTANCE peut procéder à l'avance des frais médicaux ou d'hospitalisation que le bénéficiaire doit engager hors de son pays de domicile, hors de France métropolitaine et hors des DROM, à hauteur de 7 500 € T.T.C. maximum par bénéficiaire, aux conditions cumulatives suivantes :

- les médecins de MUTUAIDE ASSISTANCE doivent juger, après recueil des informations auprès du médecin local, qu'il est impossible de rapatrier le bénéficiaire dans l'immédiat dans son pays de domicile ;
- les soins auxquels s'applique l'avance doivent être prescrits en accord avec les médecins de MUTUAIDE ASSISTANCE ;
- le bénéficiaire ou toute personne autorisée par lui doit :
 - s'engager formellement par la signature d'un document spécifique, fourni par MUTUAIDE ASSISTANCE, lors de la mise en oeuvre de la présente prestation ;

- engager les démarches de prise en charge des frais auprès des organismes d'assurance dans un délai de 15 jours, à compter de la date d'envoi des éléments nécessaires à ces démarches par MUTUAIDE ASSISTANCE ;
- effectuer les remboursements à MUTUAIDE ASSISTANCE des sommes perçues à ce titre de la part des organismes d'assurance, dans la semaine qui suit la réception de ces sommes.

Resteront uniquement à la charge de MUTUAIDE ASSISTANCE, et dans la limite du montant de prise en charge prévu pour la prestation, les frais non pris en charge par les organismes d'assurance. Le bénéficiaire doit communiquer à MUTUAIDE ASSISTANCE l'attestation de refus de prise en charge de ces organismes d'assurance, dans la semaine qui suit sa réception. Pour préserver ses droits ultérieurs, MUTUAIDE ASSISTANCE se réserve le droit de demander au bénéficiaire ou à ses ayants droit soit une empreinte de carte bancaire, soit un chèque de caution, soit une reconnaissance de dette limitée au montant de l'avance.

À défaut d'avoir effectué les démarches de prise en charge auprès des organismes d'assurance dans les délais, ou à défaut de présentation à MUTUAIDE ASSISTANCE, dans les délais, de l'attestation de refus de prise en charge des organismes d'assurance, le bénéficiaire ne pourra en aucun cas se prévaloir de la prestation « avance des frais médicaux et d'hospitalisation » et devra rembourser l'intégralité des frais d'hospitalisation avancés par MUTUAIDE ASSISTANCE, qui engagera, le cas échéant, toute procédure de recouvrement utile, dont le coût sera supporté par lui.

Pour le cas où MUTUAIDE ASSISTANCE ferait l'avance des fonds à hauteur des montants exprimés ci-dessus, le bénéficiaire s'engage à lui reverser les remboursements obtenus des organismes sociaux et de prévoyance, dans un délai de 3 mois à compter du jour de l'avance.

Les sommes avancées par MUTUAIDE ASSISTANCE sont dans tous les cas remboursables et exigibles dès le retour du bénéficiaire dans son pays de domicile, et dans un délai de 3 mois à compter de l'avance des fonds.

Rapatriement d'un bénéficiaire malade ou blessé

Le bénéficiaire est malade ou blessé lors d'un déplacement garanti. MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge son rapatriement médical au domicile ou dans un établissement hospitalier proche de chez lui. Sur prescription de son médecin conseil, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un ou deux accompagnants à ses côtés. Seules les exigences d'ordre médical sont prises en considération pour arrêter la date du rapatriement, le choix du moyen de transport ou du lieu d'hospitalisation. La décision de rapatriement est prise par le médecin conseil de MUTUAIDE ASSISTANCE, après avis du médecin traitant occasionnel, et éventuellement du médecin de famille.

Tout refus de la solution proposée par notre équipe médicale entraîne l'annulation de la garantie d'assistance aux personnes.

ARTICLE 2.9

LES SERVICES DU RESEAU DE SOINS

Les services proposés par le réseau de soins sont mis en oeuvre par la société SEVEANE.

Pour certaines dépenses d'optique et dentaires, le montant des remboursements tient compte du fait que ces dépenses ont été engagées auprès des « réseaux SEVEANE d'opticiens ou de chirurgiens-dentistes ».

Les coordonnées des opticiens et chirurgiens-dentistes appartenant à ces réseaux sont communiquées sur simple appel au numéro de téléphone indiqué au participant sur les documents que lui communique la Caisse régionale Groupama, gestionnaire des prestations.

Cela étant, les personnes assurées demeurent totalement libres de s'adresser aux professionnels de santé de leur choix.

Il est toutefois précisé que :

- le plafond de remboursement des lunettes, lentilles correctrices ou des frais dentaires est déterminé, en fonction du professionnel de santé (opticien / chirurgien-dentiste appartenant au réseau ou autre professionnel) consulté à la date de la première dépense engagée (date d'acquisition du 1^{er} élément - soit les verres, soit la monture - pour les lunettes) ;
- une garantie « Casse et réparation » spécifique au « réseau dentaire » peut être mise en jeu, pour certains travaux de prothèses dentaires.

Les personnes assurées bénéficient, en outre, du tiers payant chez les opticiens et les audioprothésistes appartenant aux réseaux SEVEANE.

2.9.1 GARANTIES DANS LES RÉSEAUX OPTIQUE ET DENTAIRE « SÉVÉANE »

OPTIQUE		REMBOURSEMENT RÉGIME DE BASE			REMBOURSEMENT GARANTIES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ (INCLUANT LE REMBOURSEMENT DU RÉGIME DE BASE)		
Lunettes : prise en charge d'un équipement complet composé d'une monture dont la prise en charge est limitée à 150 € et de 2 verres) tous les 2 ans ou par période d'un an pour les personnes âgées de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue		MSA Hors Alsace-Moselle	MSA Alsace-Moselle	Socle national minimum obligatoire	Option 1	Option 2	Option 3
pour tout équipement à verres sélectionnés chez un opticien Sévéane (*)	Verres sélectionnés : en % du prix de ces verres	60 % BR	90 % BR	Pour chaque montant figurant aux tableaux ci-dessus, l'opticien s'engage à proposer un équipement complet pris en charge par le RO et l'assureur	100 %	100 %	100 %
	Supplément pour traitement particulier des verres	-	-		30 €	50 €	50 €
	Monture	60 % BR	90 % BR		60 % / 90 % BR + 100 €	60 % / 90 % BR + 150 €	60 % / 90 % BR + 150 €
Lentilles correctrices prescrites médicalement référencées à la LPP	prises en charge ou non par le régime de base	0 % à 60 % BR	0 % à 90 % BR	100 % BR + 100 € par an et par personne	100 % BR + 150 € par an et par personne	100 % BR + 200 € par an et par personne	100 % BR + 200 € par an et par personne

(*) Dans la limite pour l'équipement complet des montants minimum et maximum prévus par la réglementation relative au contrat responsable et à la couverture complémentaire santé minimale des salariés :

- équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,0 et +6,0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,0 dioptries : minimum = 100 euros / maximum = 470 euros.
- équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au c) : minimum = 150 euros / maximum = 610 euros.
- équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,0 à +6,0 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,0 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs : minimum = 200 euros / maximum = 750 euros.
- équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au f) : minimum = 150 euros / maximum = 660 euros.
- équipement comportant 1 verre mentionné au c) et 1 verre mentionné au f) : minimum = 200 euros / maximum = 800 euros.
- équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,0 à +8,0 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,0 à +4,0 dioptries : minimum = 200 euros / maximum = 850 euros.

DENTAIRE	REMBOURSEMENT RÉGIME DE BASE		REMBOURSEMENT GARANTIES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ (incluant le remboursement du régime de base)			
	MSA Hors Alsace-Moselle	MSA Alsace-Moselle	Socle obligatoire conventionnel	Option 1	Option 2	Option 3
Soins Dentaires	70 %	90 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlays et Onlays pris en charge par le régime de base	70 %	90 %	100 % BR	225 % BR	250 % BR	275 % BR
Inlays Cores pris en charge par le régime de base	70 %	90 %	125 % BR	150 % BR	150 % BR	715 % BR + 400 € par an et par personne
Prothèses dentaires prises en charge par le régime de base y compris prothèses implantoportées	70 %	90 %	210 % BR + 300 € par an et par personne	235 % BR + 360 € par an et par personne	235 % BR + 450 € par an et par personne	715 % BR + 400 € par an et par personne
Prothèses dentaires non prises en charge par le régime de base y compris implantologie pour les options 1, 2 et 3	-	-	Néant	150 € par an et par personne	300 € par an et par personne	300 € par an et par personne
Parodontologie non prise en charge par le régime de base	-	-	Néant	105 € par an et par personne	120 € par an et par personne	130 € par an et par personne
Orthodontie prise en charge par le régime de base	70 %	90 %	160 % BR	160 % BR	230 % BR	300 % BR
Orthodontie non prise en charge par le régime de base	-	-	Néant	100 € par an et par personne	200 € par an et par personne	200 € par an et par personne

Légende :

BR : Base de Remboursement.

TM : Ticket Modérateur.

CAS : Convention d'Accès aux Soins.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

FR : Frais Réels.

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est signataire ou non d'une Convention d'Accès aux Soins (CAS).

(2) Tous les actes de prévention (cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire(1) Médecin signataire ou non signataire d'une Convention d'Accès aux Soins (CAS).

(3) Dans la limite des frais réellement engagés.

2.9.2 DISPOSITIONS GÉNÉRALES DE LA GARANTIE CASSE ET RÉPARATION DES PROTHÈSES DENTAIRES

OBJET DE LA GARANTIE

Les prothèses dentaires conjointes et adjointes en résine réalisées pour les participants et leurs ayants droit inscrits au contrat dès lorsqu'ils restent assurés sans interruption par le contrat, sont garanties pour une période de 10 ans, à compter de la date de leur réalisation définitive.

Les travaux prothétiques doivent avoir été effectués par un chirurgien-dentiste du réseau SEVEANE et avoir fait l'objet d'une note d'honoraires détaillée ayant permis l'édition d'un certificat de garantie remis à la personne assurée.

CE QUI EST GARANTI

• **Pour les prothèses conjointes** : en cas de casse, le remplacement à l'identique de la prothèse, tel que mentionné sur le certificat de garantie remis à la personne assurée, aux frais réels déclarés par le chirurgien-dentiste, au jour de la nouvelle réalisation prothétique.

• **Pour les prothèses adjointes en résine** : en cas de nécessité pour leur réadaptation ou la casse de la base résine, le versement d'une prestation de cent cinquante euros (150 €), dans la limite des frais réels.

■ **Prothèses concernées** :

- **pour les prothèses conjointes** : toutes les couronnes, bridges et inlay-core,
- **pour les prothèses adjacentes** : les appareillages entièrement réalisés en résine.

■ **Réalisation :**

La pose initiale de la prothèse, le remplacement ou la réparation de la prothèse devra obligatoirement être réalisé chez un chirurgien-dentiste du réseau SEVEANE.

Pour les bridges le remplacement devra être effectué à l'identique.

■ **Remboursement :**

Le remboursement interviendra après réception de la note d'honoraires

FONCTIONNEMENT DE LA GARANTIE

La garantie est accordée pour les prothèses qui ont été prises en charge par l'assureur intégralement ou non lors de leur pose.

Le certificat de garantie comportant la période de validité, le descriptif précis de la prothèse, sa localisation (N° de la dent en cas de prothèse conjointe) et son prix devra être fourni par la personne assurée en cas de mise en jeu de la garantie. Il accompagnera le devis du chirurgien-dentiste, qui devra réaliser les travaux de réparation.

Ceux-ci ne peuvent commencer qu'après réponse de la Caisse régionale, gestionnaire du contrat, qui interviendra après la date de réception du dossier, dans un délai de 7 jours ouvrés maximum.

Ce délai peut être supérieur à 7 jours ouvrés en cas de demande par la Caisse régionale d'un examen dentaire réalisé par un chirurgien-dentiste désigné par lui. La Caisse régionale Groupama peut être amenée à réclamer toutes pièces qu'il jugera utile.

La garantie n'est accordée qu'une seule fois pour une même prothèse.

EXCLUSIONS

Sont exclus de par la nature de la garantie :

Pour les prothèses conjointes :

- Toute nouvelle réalisation prothétique faisant suite à une dépose de la prothèse garantie pour cause de reprise de carie ou infection apicale.
- Les implants.
- Les Inlays / Onlays.

Pour les prothèses adjacentes :

- Tous actes autres que la casse de la prothèse enrésine.
- Les stellites.

Sont exclus par ailleurs :

- Les dommages esthétiques liés à la rétraction gingivale et à l'usure de la prothèse.

La Caisse régionale Groupama peut également refuser la mise en jeu de la garantie 10 ans si la personne assurée :

- transmet une fausse déclaration.
- n'est plus assurée par le présent contrat.
- refuse de se soumettre à l'éventuel examen dentaire demandé par l'assureur.



**AGRICA
PRÉVOYANCE**

Proches par nature, engagés à vos côtés

AGRICA PREVOYANCE représente 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