RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Production agricole

Régime conventionnel national de frais de santé des salariés non cadres en agriculture

ANNEXE À LA NOTICE D'INFORMATION

groupama.fr

Groupama
la vraie vie s'assure ici

SOMMAIRE

Préanbule 1

Article 1 Objet 2
Article 2 Champs d'application 2
Article 3 Groupe assuré 2
Article 4 Adhésion au contrat 2
Article 5 Montant des garanties 2
Article 6 Tableau des garanties 2
Article 7 Les prestations de la garantie assistance 5
Article 8 Les services du réseau de soins 13

PRÉANBULE

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 des3 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.

ARTICLE 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 définis aux Articles 7 et 8 de la présente Annexe à la Notice d'Information

ARTICLE 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 3 GROUPE ASSURÉ

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 7 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 4 ADHÉSION 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 1 » ou « Option 2 », « 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 5 MONTANT DES GARANTIES

Les remboursements garantis par votre contrat **figurant à l'Article 6 de la présente Annexe à la Notice d'Information.**

ARTICLE 6 TABLEAU DES GARANTIES

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale ou en euros et comprennent les remboursements du régime de base de la Sécurité sociale.

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

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

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT RÉGIME DE BASE		REMBOURSEMENT GARANTIES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ (incluant le remboursement du régime de base)			
	MSA Hors Alsace-Moselle	MSA Alsace-Moselle	Socle obligatoire conventionel	Option 1	Option 2	Option 3
Frais médicaux						
Honoraires et dépassement d'honoraires des généralistes et spécialistes [1]	70 %	90 %	100 % BR	150 % BR (non CAS) 170 % BR (CAS)	200 % BR (non CAS) 220 % BR (CAS)	200 % BR (non CAS) 220 % BR (CAS)
Actes Techniques et dépassement d'honoraires [1]	70 %	90 %	100 % BR	150 % BR (non CAS) 170 % BR (CAS)	200 % BR (non CAS) 220 % BR (CAS)	200 % BR (non CAS) 220 % BR (CAS)
Radiologie et dépassement d'honoraires (radio, scanner, IRM…) [1]	70 %	90 %	100 % BR	150 % BR (non CAS) 170 % BR (CAS)	190 % BR (non CAS) 210 % BR (CAS)	190 % BR (non CAS) 210 % BR (CAS)
Sages-femmes	70 %	90 %	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Auxiliaires médicaux	60 %	90 %	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Analyses médicales	60 % ou 100 %	90 % à 100 %	100 % BR	120 % BR	180 % BR	180 % BR
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	-	-	30 € pour 1 séance / an par bénéficiaire	30 € pour 2 séances / an par bénéficiaire	30 € pour 4 séances / an par bénéficiaire	30 € pour 4 séances / an par bénéficiaire
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 € / an par bénéficiaire	0 € à 150 € / an par bénéficiaire	0 € à 150 € / an par bénéficiaire	30 € à 180 € / an par bénéficiaire	50 € à 200 € / an par bénéficiaire	50 € à 200 € / an par bénéficiaire
Actes de prévention [2]	35 % à 70 %	35 % à 90 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie						
Médicaments à service médical rendu «majeur ou important»	65 % BR	90 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu «modéré»	30 % BR	80 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu «faible»	15 %	15 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	-	Néant	20 € / an par bénéficiaire	30 € / an par bénéficiaire	40 € / an par bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	-	Néant	20 € / an par bénéficiaire	30 € / an par bénéficiaire	40 € / an par bénéficiaire
Hospitalisation (conventionné ou non)						
Frais de séjour	80 % à 100 %	100 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraire médical et chirurgical	80 % à 100 %	100 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires	-	-	100 % BR (non CAS) 155 % BR (CAS)	100 % BR (non CAS) 155 % BR (CAS)	100 % BR (non CAS) 250 % BR (CAS)	100 % BR (non CAS) 250 % BR (CAS)
Forfait Journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait actes lourds (18 €) (actes affectés d'un coefficient ≥ 60 ou d'un tarif ≥ 120 €)	-	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière – Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)	-	-	25 € / jour	30 € / jour	40 € / jour	75 € / jour pendant 60 jours maximum / an puis 25 € / jour
Chambre particulière – Maternité	-	-	25 € / jour	55 € / jour	80 € / jour	80 € / jour
Chambre particulière – Psychiatrie	-	-	25 € / jour	30 € / jour	40 € / jour	75 € / jour pendant 45 jours par an
Frais accompagnant (moins de 16 ans)	-	-	Néant	25 € / jour	35 € / jour	50 € / jour pendant 10 jours maximum / an puis 30 € / jour
Maternité [3]	-	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS	2/5 PMSS	2/5 PMSS
Frais de transport	65 % BR	65 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65 % à 70 %	65 % à 90 %	65 % à 90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 150 € par an / bénéficiaire

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT RÉGIME DE BASE		GARANTIES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ			
	MSA Hors Alsace-Moselle	MSA Alsace-Moselle	Socle obligatoire conventionel	Option 1	Option 2	Option 3
Dentaire						
Soins Dentaires	70 %	90 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlays et Onlays (acceptée par le régime de base)	70%	90%	125 % BR	200 % BR	225 % BR	250 % BR
Inlays Cores (acceptée par le régime de base)	70%	90%	125 % BR	125 % BR	125 % BR	690 % BR + 400 € par an / bénéficiaire
Prothèses dentaires (acceptée par le régime de base y compris prothèses implantoportées)	70%	90%	210 % BR + 300 € par an / bénéficiaire	210 % BR + 360 € par an / bénéficiaire	210 % BR + 450 € par an / bénéficiaire	690 % BR + 400 € par an / bénéficiaire
Prothèses dentaires (refusées par le régime de base y compris implantologie pour les options 1, 2 et 3)	-	-	Néant	150 € par an / bénéficiaire	300 € par an / bénéficiaire	300 € par an / bénéficiaire
Parodontologie (refusée par le régime de base)	-	-	Néant	80 € par an / bénéficiaire	90 € par an / bénéficiaire	100 € par an / bénéficiaire
Orthodontie (acceptée par le régime de base)	70 % à 100 %	90 % à 100 %	160 % BR	160 % BR	230 % BR	300 % BR
Orthodontie (refusée par le régime de base)	-	-	Néant	100 € par an / bénéficiaire	200 € par an / bénéficiaire	200 € par an / bénéficiaire
Optique						
Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verre) (4)	-	-	Tous les 2 ans	Tous les 2 ans	Tous les 2 ans	Tous les 2 ans
Monture seule	60 %	90 %	455 % BR	60 % / 90 % BR + 100 €	60 % / 90 % BR + 150 €	60 % / 90 % BR + 150 €
2 verres simples classe (a) (5)	60 %	90 %	60 % / 90 % BR + 200 €	60 % / 90 % BR + 200 €	60 % / 90 % BR + 300 €	60 % / 90 % BR + 300 €
2 verres complexes classe (b) (5)	60 %	90 %	60 % / 90 % BR + 350 €	60 % / 90 % BR + 500 €	60 % / 90 % BR + 600 €	60 % / 90 % BR + 600 €
2 verres très complexes classe (c) (5)	60 %	90 %	60 % / 90 % BR + 350 €	60 % / 90 % BR + 500 €	60 % / 90 % BR + 600 €	60 % / 90 % BR + 600 €
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b) (5)	60 %	90 %	60 % / 90 % BR + 275 €	60 % / 90 % BR + 350 €	60 % / 90 % BR + 450 €	60 % / 90 % BR + 450 €
1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c) (5)	60 %	90 %	60 % / 90 % BR + 275 €	60 % / 90 % BR + 350 €	60 % / 90 % BR + 450 €	60 % / 90 % BR + 450 €
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c) (5)	60 %	90 %	60 % / 90 % BR + 350 €	60 % / 90 % BR + 500 €	60 % / 90 % BR + 600 €	60 % / 90 % BR + 600 €
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	0 % à 60 %	0 % à 90 %	100 % BR + 100 € par an / bénéficiaire	100 % BR + 150 € par an / bénéficiaire	100 % BR + 200 € par an / bénéficiaire	100 % BR + 200 € par an / bénéficiaire
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	-	-	Néant	Néant	Néant	300 € par an / bénéficiaire
Prothèse hors dentaire						
Prothèse auditive (hors entretien)	60 %	90 %	100 % BR	400 % BR + 200 € par an / bénéficiaire	400 % BR + 200 € par an / bénéficiaire	400 % BR + 200 € par an / bénéficiaire
Autres prothèses et petit appareillage	60 %	90 %	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Gros appareillage	100 %	100 %	100 % BR	200 % BR	200 % BR	285 % BR + 200 € / an (fauteuil roulant)
Fourniture médicale et pansement	60 %	90 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

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 - **(4)** Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles - **Verres simples classe (a) :** verres unifocaux dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre ≤ + 4,00 dioptries **Verres complexes classe (b) :** verres unifocaux dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre > + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs - **Verres très complexes classe (c) :** verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de – 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries - **(5)** Y compris forfait monture.

ARTICLE 7 LES PRESTATION 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'immobilisationau 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
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

CONDITIONS GÉNÉRALES DE LA GARANTIE ASSISTANCE

2

ARTICLE 1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES DE LA GARANTIE ASSISTANCE

1 OBJET DE L'ASSISTANCE

La garantie assistance assurée par MUTUAIDE ASSISTANCE (entreprise régie par le Code des assurances située 8, avenue des Frères Lumière - 94366 Bry-sur-Marne) est proposée en inclusion de la garantie Frais de santé. Elle comprend un ensemble de prestations mises en œuvre :

- 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.

2 BÉNÉFICIAIRES

- vous-même en tant que salarié couvert par la garantie frais de santé du régime non cadre des entreprises de la Production Agricole ;
- vos ayants droit tels que définis au Titre 7 de la Notice d'Information.

3 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.

4 DÉFINITIONS

L'assistance santé

L'assistance aux personnes comprend l'ensemble des prestations mises en œuvre 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.

Évènements 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 DROM que vous si vous êtes domicilié dans les DROM.

L'assistance aux personnes en déplacement

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

Déplacements garantis

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

Franchise

100 km du domicile.

Bagages

Les effets courants de voyage (maximum 20 kg).

MUTUAIDE ASSISTANCE organise :

MUTUAIDE ASSISTANCE accomplit les démarches nécessaires pour accomplir la prestation.

MUTUAIDE ASSISTANCE prend en charge :

MUTUAIDE ASSISTANCE finance le coût de la prestation.

5 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 DROM.

Pour l'assistance aux personnes en déplacement :

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

Dans tous les cas, une franchise de 100 km est appliquée.

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

6 MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE

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

En tout état de cause, l'assistance qui n'a pas été organisée par MUTUAIDE ASSISTANCE, ou en accord avec elle, ne donne pas droit, a posteriori à un remboursement ou à une quelconque indemnisation.

Déclenchement de la garantie

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

Pour bénéficier des prestations d'assistance, vous ou votre représentant devez contacter MUTUAIDE ASSISTANCE 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 assistance.

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 ASSISTANCE a tout pouvoir d'appréciation pour définir, au cas par cas, la durée d'application des garanties appropriées. Il sera notamment tenu compte, pour ce faire, de votre état de santé et de votre environnement familial. Les garanties d'assistance n'ont vocation à s'appliquer que dans les cas où votre entourage ne peut vous apporter l'aide requise par les circonstances.

Eléments 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 ASSISTANCE rembourse, après accord express, sur présentation des factures originales correspondant aux frais engagés, et ce, sous réserve d'avoir été contacté dans les délais impartis.

Ces demandes doivent être adressées à :

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

Contrôle

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

7 LIMITES DE RESPONSABILITÉ

La responsabilité de MUTUAIDE ASSISTANCE ne peut en aucun cas être engagée pour des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engin, effet nucléaire ou radioactif, empêchement climatique.

8 LIMITES ET EXCLUSIONS DE LA GARANTIE

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

- **les prestations qui n'ont pas été organisées par les soins de MUTUAIDE ASSISTANCE ou avec son accord ;**
- **la prise en charge des conséquences résultant d'actes intentionnels ou dolosifs du bénéficiaire ;**
- **les prestations servant à couvrir les conséquences d'infractions à la législation française ou étrangère ;**
- **les conséquences de l'exposition à des agents biologiques infectants, à des agents chimiques type gaz de combat, à des agents incapacitants, neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de 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 en tant que concurrent ;**
- **les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;**
- **l'inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;**
- **les interdictions officielles, les saisies ou contraintes par la force publique ;**
- **l'absence d'aléa ;**

- l'utilisation par le bénéficiaire d'appareils de navigation aérienne ;
- l'utilisation d'engins de guerre, explosifs et armes à feu ;
- les dommages résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire conformément à l'article L.113-1du Code des assurances ;
- les frais non justifiés par des documents originaux.

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

Exclusions de l'assistance en déplacement :

- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical ou d'intervention de chirurgie esthétique ;
- les événements survenus après le 90e 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.

ARTICLE 2 DESCRIPTIF DES GARANTIES ASSISTANCE

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

1 INFORMATIONS ET SERVICES SANTÉ

Informations pratiques et juridiques

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

MUTUAIDE ASSITANCE recherche les informations pratiques à caractère documentaire destinées à vous orienter 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 vous communique 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 votre médecin traitant, MUTUAIDE ASSISTANCE réserve un lit dans le service hospitalier le plus proche de votre 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 vous souhaitez dialoguer avec un médecin, vous pouvez contacter MUTUAIDE ASSISTANCE 24 h/24 qui organisera la mise en relation avec l'un d'eux.

Vous pouvez obtenir des informations médicales ou des explications sur des pathologies.

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

Soutien psychologique

Vous êtes hospitalisé pour une durée égale ou supérieure à 48 heures ou immobilisé au domicile pour une durée égale ou supérieure à 10 jours.

MUTUAIDE ASSISTANCE organise une aide psychologique en vous mettant en relation téléphonique avec un psychologue et prend en charge des entretiens téléphoniques dans les conditions définies au tableau des prestations de la garantie Assistance figurant au point I.

2 ASSISTANCE DE L'ENFANT MALADE

Garde des enfants

À la suite d'un problème médical imprévu constaté par un certificat médical, un de vos enfants doit garder la chambre pour une durée minimale de 3 jours consécutifs et vous ne pouvez pas 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 d'un crédit d'heures défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, réparties du lundi au vendredi (hors jours fériés) pour 2 heures minimum par jour, dans une tranche horaire de 8 h à 19 h ;
- **soit** un voyage aller-retour permettant à un proche de se rendre à votre domicile pour garder l'enfant, et ce, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales.

3 ASSISTANCE CAS D'HOSPITALISATION (PRÉVUE OU IMPRÉVUE)

Les prestations d'assistance détaillées ci-dessous vous sont acquises **dès le premier jour d'hospitalisation** dans un établissement de soins **pour une durée égale ou supérieure à celle définie dans le tableau des prestations de la garantie Assistance.**

Accompagnement administratif et social

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

Garde des enfants de moins de 16 ans

Vous êtes hospitalisé et personne dans votre 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 de l'enfant au domicile par une assistante maternelle, dans la limite des contraintes locales, à concurrence d'un crédit d'heures, défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, réparti du lundi au vendredi (hors jours fériés) pour 2 heures minimum par jour, dans une tranche horaire de 8 h à 19 h. 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 à votre domicile pour garder l'enfant, et ce, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales ;
- **soit** le transport aller-retour du ou des enfants, accompagné par une hôtesse le cas échéant, jusqu'au domicile d'un proche désigné par vous.

Garde des ascendants

Vous êtes hospitalisé et personne dans votre entourage immédiat ne peut se charger de la garde des ascendants à votre 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 d'un crédit d'heures prévu dans le tableau des prestations Assistance, réparti du lundi au vendredi (hors jours fériés) pour 2 heures minimum par jour, dans une tranche horaire de 8 h à 19 h ;
- **soit** un voyage aller-retour permettant à un proche de se rendre à votre domicile 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 vous.

4 ASSISTANCE AU RETOUR D'HOSPITALISATION OU EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE (PRÉVUE OU IMPRÉVUE)

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

- dès le premier jour du retour au domicile à la suite d'une hospitalisation d'une **durée égale à celle définie dans le tableau des prestations de la garantie Assistance ;**
- dès le premier jour d'une immobilisation au domicile d'une **durée égale à celle définie dans le tableau des prestations de la garantie Assistance.**

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

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

Aide-ménagère

Vous êtes immobilisé au domicile et dans l'impossibilité de remplir les obligations domestiques.

En fonction des disponibilités locales, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère pour aider aux tâches quotidiennes (entretenir le domicile, préparer les repas ou effectuer les courses).

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

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

Vous êtes immobilisé au domicile et 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 de repas à votre domicile (comprenant un ou deux repas) selon les conditions prévues au tableau des prestations de la garantie Assistance.

Le coût des repas reste à votre charge.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la garantie Aide-ménagère.

Recherche et livraison de médicaments

Vous êtes immobilisé au domicile et n'êtes pas en mesure d'aller acheter vos médicaments.

Sur présentation d'une prescription médicale, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge, dans la limite des contraintes locales, la recherche et la livraison à votre domicile des médicaments indispensables à votre traitement.

Le coût des médicaments reste à votre charge.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la garantie Aide-ménagère.

5 ASSISTANCE AUX PERSONNES EN DÉPLACEMENT

Ces prestations sont accordées lorsque vous êtes 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 vous devez engager **hors de votre pays de domicile, hors de France métropolitaine et hors des DROM** dans la limite d'un montant, maximum par bénéficiaire, défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, aux conditions cumulatives suivantes :

- les médecins de MUTUAIDE ASSISTANCE doivent juger, après recueil des informations auprès du médecin local, qu'il est impossible de vous rapatrier dans l'immédiat dans votre pays de domicile ;
- les soins auxquels s'applique l'avance doivent être prescrits en accord avec les médecins de MUTUAIDE ASSISTANCE ;
- vous ou toute personne autorisée par vous doit :
  - s'engager formellement par la signature d'un document spécifique, fourni par MUTUAIDE ASSISTANCE lors de la mise en œuvre de la présente prestation,
  - engager les démarches de prise en charge des frais auprès des organismes d'assurance dans 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. Vous devez communiquer à MUTUAIDE ASSISTANCE l'attestation de refus de prise en charge de ces organismes dans la semaine qui suit sa réception.

Pour préserver ses droits ultérieurs, MUTUAIDE ASSISTANCE se réserve le droit de vous demander ou à vos 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, vous ne pourrez en aucun cas vous prévaloir de la prestation Avance des frais médicaux et d'hospitalisation et devrez 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 vous.

Pour le cas où MUTUAIDE ASSISTANCE ferait l'avance des fonds à hauteur des montants exprimés dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, vous vous engagez 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 votre retour dans votre pays de domicile dans un délai de 3 mois à compter de l'avance des fonds.

Rapatriement d'un bénéficiaire malade ou blessé

Vous êtes malade ou blessé lors d'un déplacement garanti. MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge votre rapatriement médical au domicile ou dans un établissement hospitalier proche de chez vous.

Sur prescription de son médecin conseil, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un ou deux accompagnants à vos 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 8 LES SERVICES DU RÉSEAU 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 1er 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.

8.1 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 de2 verres) tous les 2 ans ou par période d'un an pour les personnes âgées de moins de18 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 :

a) 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.

b) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au c) : minimum = 150 euros / maximum = 610 euros.

c) 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.

d) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au f) : minimum = 150 euros / maximum = 660 euros.

e) équipement comportant 1 verre mentionné au c) et 1 verre mentionné au f) : minimum = 200 euros / maximum = 800 euros.

f) 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 conventionel**	**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.

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

1 OBJET DE LA GARANTIE

Les prothèses dentaires conjointes et adjointes en résine réalisées pour les participants et leurs ayants droit inscrits au contrat dès lors qu'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.

2 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 adjointes :** 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.

3 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.

4 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 adjointes :

- **Tous actes autres que la casse de la prothèse en résine.**
- **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.**

Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles

Entreprise régie par le Code des assurances et par l'article L.771-1 du Nouveau Code rural

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 61 rue Taitbout, 75009 PARIS - SIRET - 423 959 295 00035 - Membre du GIE AGRICA GESTION - RCS Paris n°493 373 682
Siège social - 21 rue de la Bienfaisance 75008 Paris - Tél : 01 71 21 00 00 - Fax 01 71 21 00 01
www.groupagrica.com

groupama.fr

Groupama
la vraie vie s'assure ici

3350-77237-062018 - Groupama participe à la protection de l'environnement en sélectionnant des imprimeurs référencés «Imprim'vert» ainsi que des papiers issus de forêts gérées durablement. Groupama Supports & Services / Prépresse - Photos : Médiathèque Groupama - Shutterstock