

ENTREPRISE

CONDITIONS GÉNÉRALES

**CAVES COOPERATIVES VINICOLES
ET LEURS UNIONS**



**AGRICA
PRÉVOYANCE**

Proches par nature, engagés à vos côtés

SOMMAIRE



TITRE 1	PRÉAMBULE	5
TITRE 2	DISPOSITIONS GÉNÉRALES	7
ARTICLE 2.1	OBJET DU CONTRAT	7
ARTICLE 2.2	COMPOSITION DU CONTRAT	7
ARTICLE 2.3	ORGANISME ASSUREUR	7
ARTICLE 2.4	DELEGATION DE GESTION	7
ARTICLE 2.5	LA GARANTIE ASSISTANCE	8
ARTICLE 2.6	LE RESEAU DE SOINS	8
ARTICLE 2.7	PRESCRIPTION	8
ARTICLE 2.8	RECOURS CONTRE LE TIERS RESPONSABLE	8
ARTICLE 2.9	PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	8
ARTICLE 2.10	RECLAMATIONS – MEDIATION	9
ARTICLE 2.11	FAUSSE DÉCLARATION	9
ARTICLE 2.12	LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	10
ARTICLE 2.13	OBLIGATIONS DE L'INSTITUTION	10
ARTICLE 2.14	OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE	10
ARTICLE 2.15	OBLIGATIONS DU PARTICIPANT	10
ARTICLE 2.16	LOI APPLICABLE ET JURIDICTION	11
TITRE 3	GARANTIE CONVENTIONNELLE	12
ARTICLE 3.1	PRÉSENTATION DU CONTRAT	12

	ARTICLE 3.2	ADHESION DE L'ENTREPRISE	12
	ARTICLE 3.3	PRISE D'EFFET, DUREE ET RESILIATION DU CONTRAT	12
	ARTICLE 3.4	REVISION DU CONTRAT	13
	ARTICLE 3.5	RESTITUTION DE L'INDU	13
	ARTICLE 3.6	GROUPE ASSURE	13
	ARTICLE 3.7	AFFILIATION ET ADMISSION DANS L'ASSURANCE	13
TITRE 4	GARANTIES OPTIONNELLES PROPOSEES A L'ENTREPRISE		14
	ARTICLE 4.1	ADHESION DE L'ENTREPRISE	14
	ARTICLE 4.2	BENEFICIAIRES DES GARANTIES	14
	ARTICLE 4.3	PRISE D'EFFET / MODIFICATION / RESILIATION	14
	ARTICLE 4.4	REVISION	15
TITRE 5	GARANTIES OPTIONNELLES PROPOSEES AU SALARIE		16
TITRE 6	COTISATIONS		18
	ARTICLE 6.1	STRUCTURE TARIFAIRE	18
	ARTICLE 6.2	MONTANT DES COTISATIONS	18
	ARTICLE 6.3	MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS	19
	ARTICLE 6.4	DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	19
TITRE 7	DISPOSITIONS COMMUNES A L'ENSEMBLE DES GARANTIES		20
	ARTICLE 7.1	ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES	20
	ARTICLE 7.2	DISPENSES D'AFFILIATION	20
	ARTICLE 7.3	MONTANT DES GARANTIES	21
	ARTICLE 7.4	REGLEMENT DES PRESTATIONS	22
	ARTICLE 7.5	LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIES	22
	ARTICLE 7.6	CONTRÔLE DES PRESTATIONS	22
	ARTICLE 7.7	ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES	22

ARTICLE 7.8	DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	22
ARTICLE 7.9	CESSATION DE L’AFFILIATION	23
ARTICLE 7.10	CESSATION DU DROIT AUX GARANTIES	23
ARTICLE 7.11	MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL	23
TITRE 8	PORTABILITE DES DROITS	25
ARTICLE 8.1	BENEFICIAIRES	25
ARTICLE 8.2	OUVERTURE ET DUREE DES DROITS A PORTABILITE	25
ARTICLE 8.3	OBLIGATIONS DE L’ENTREPRISE ADHERENTE	25
ARTICLE 8.4	OBLIGATIONS DE L’ANCIEN SALARIE	26
ARTICLE 8.5	PRESTATIONS	26
ARTICLE 8.6	CESSATION DE LA PORTABILITE	26
TITRE 9	DEFINITIONS	27
ARTICLE 9.1	Définitions des intervenants au contrat	27
ARTICLE 9.2	Définitions des termes propres au contrat	28
TITRE 10	TABLEAUX DES GARANTIES	31
TITRE 11	GARANTIE ASSISTANCE	36
ARTICLE 11.1	Conditions Générales de la garantie Assistance	39
TITRE 12	RESEAU DE SOINS	47

PRÉAMBULE



Les partenaires sociaux des Caves Coopératives Vinicoles et leurs unions ont instauré, le 2 février 2011, un régime conventionnel de remboursement complémentaires de frais de santé afin que tous les salariés de la branche bénéficient d'un régime frais de santé.

Ce régime, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2012, est mis en oeuvre par CCPMA PREVOYANCE, située 21 rue de la Bienfaisance, 75382 PARIS Cedex 08, dans le cadre d'un contrat collectif « assurance complémentaire frais de santé ».

L'Accord précité a fait l'objet de révisions par avenants n°1 du 12 février 2013, n°2 du 23 avril 2014, n°3 du 21 janvier 2015, n°4 du 8 juillet 2015, n°5 du 18 novembre 2015, n°6 du 9 juin 2016 et n°7 du 2 juillet 2019.

Par ce dernier avenant entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2020, les partenaires sociaux ont souhaité réviser ledit Accord et l'adapter à la nouvelle réglementation relative aux contrats responsables à la suite des modifications introduites par l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019 et par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.

L'Accord du 2 février 2011 et ses avenants définissent ainsi un socle de garanties conventionnelles qui a vocation à s'appliquer à l'ensemble des salariés des entreprises entrant dans le champ d'application dudit Accord.

Au-delà de ce socle, les entreprises ou les salariés peuvent choisir de mettre en place deux garanties optionnelles dénommées « Option 1 » et « Option 2 » ou encore d'étendre la couverture frais de santé aux ayants droit via l'extension familiale.

Les présentes Conditions Générales définissent la couverture complémentaire frais de santé des salariés des Caves Coopératives Vinicoles et leurs unions.

Ce régime de frais de santé permet à l'ensemble des salariés des entreprises adhérentes entrant dans son champ d'application de bénéficier des garanties prévues à l'article « Objet du contrat ».

Il est mis en oeuvre par le présent contrat.

Les salariés sont nommés ci-après « participants ».

CCPMA PREVOYANCE est dénommée ci-après « l'Institution ».

PRÉAMBULE



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

Les présentes Conditions générales sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2020.

TITRE 2

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 2.1 OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet d'assurer, dans les conditions exposées dans les Titres « GARANTIE CONVENTIONNELLE », « GARANTIES OPTIONNELLES PROPOSEES A L'ENTREPRISE » et « GARANTIES OPTIONNELLES PROPOSEES AU SALARIE » des présentes Conditions générales :

- des remboursements complémentaires à ceux effectués par le régime de base de la Sécurité sociale au titre de l'Assurance Maladie.

ARTICLE 2.2 COMPOSITION DU CONTRAT

Le contrat se compose :

1. des présentes Conditions générales ;
2. du bulletin d'adhésion valant engagement de l'entreprise de faire bénéficier l'ensemble des salariés appartenant au groupe assuré, des garanties définies au présent contrat ;
3. d'un certificat d'adhésion valant conditions particulières signé par CCPMA PREVOYANCE et confirmant la prise en compte de l'adhésion de l'entreprise.

ARTICLE 2.3 ORGANISME ASSUREUR

Les garanties du contrat sont assurées par :

- **CCPMA PREVOYANCE**, Institution de prévoyance, régie par le Code de la Sécurité sociale, sise 21 rue de la Bienfaisance – 75382 Paris Cedex 08, dénommée ci-après « l'Institution »,

La garantie assistance est assurée par :

- **Mutuaide Assistance**, 8-14 Avenue des Frères Lumière, 94368 Bry sur Marne CEDEX

CCPMA PREVOYANCE et Mutuaide Assistance sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS cedex 09.

CCPMA PREVOYANCE peut être désignée dans la documentation contractuelle et les documents de nature publicitaire ou commerciale sous le label AGRICA PREVOYANCE.

ARTICLE 2.4 DELEGATION DE GESTION

La gestion :

- du paiement des prestations frais de santé.

afférente au présent contrat est déléguée à La Mutualité Sociale Agricole(CMSA) – dont relèvent l'entreprise adhérente et les participants.

ARTICLE 2.5 LA GARANTIE ASSISTANCE

Le présent contrat propose une garantie « Assistance », dont la mise en oeuvre et les modalités sont décrites au Titre « Garantie Assistance » du présent contrat.

ARTICLE 2.6 LE RESEAU DE SOINS

Les salariés couverts et, le cas échéant, leurs ayants droit bénéficient des services proposés par le réseau de soins.

Ces services sont mis en oeuvre par la société **Carte Blanche Partenaires**, 26 rue Laffitte - 75009 Paris.

ARTICLE 2.7 PRESCRIPTION

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

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

Toutefois ce délai ne court :

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

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

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

Il s'agit notamment de :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du Code civil) ;

- une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;
- un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestation ;
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par l'Institution à l'entreprise adhérente en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant à l'Institution en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 2.8 RECOURS CONTRE LE TIERS RESPONSABLE

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

En application de ce texte, lorsque le participant est victime d'un accident (accident de la circulation, accident domestique, agression, ...), il doit, sous peine de perdre ses droits aux garanties, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident le nom de l'Institution en tant que tiers payeur.

ARTICLE 2.9 PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Un traitement de données à caractère personnel sera mis en oeuvre dans le cadre du présent contrat. L'Institution de Prévoyance est la responsable de ce traitement.

Les données que l'Institution traite sont indispensables à la mise en oeuvre du présent contrat.

Le fondement légal justifiant le traitement des données est soit, l'intérêt légitime de l'Institution soit, le respect d'une obligation conventionnelle ou réglementaire.

Sont traitées les catégories de données suivantes :

- les coordonnées professionnelles des représentants de l'Entreprise (nom, prénom, numéro de téléphone et e-mail professionnels) ;
- les données d'identification des participants et, s'il y a lieu, des ayants droit et des bénéficiaires (numéro de Sécurité sociale, civilité, nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse postale, numéro de téléphone, e-mail) ;

- les données relatives à leur situation professionnelle ;
- les données relatives aux décomptes des frais médicaux et de soins ;
- dans le respect du secret médical, les données santé communiquées au Médecin conseil de l'Institution ;
- les données bancaires ;
- le cas échéant, le numéro d'identification de l'espace privé du site internet.

Ces données sont traitées pour les finalités suivantes :

- la gestion de la relation contractuelle et commerciale avec l'Entreprise ;
- la gestion administrative et financière du présent contrat ;
- l'appel des cotisations et le paiement des prestations ;
- la prospection commerciale en vue de la souscription de contrats individuels d'assurance de personnes, améliorant ou complétant les garanties du présent contrat ;
- l'élaboration de statistiques, d'indicateurs de gestion et de qualité ;
- la gestion des éventuelles procédures de médiation ou des procédures précontentieuses et contentieuses ;
- la lutte contre la corruption, le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
- la lutte contre la désobéissance ;
- la gestion de l'espace privé du site internet.

Les destinataires des données sont :

- l'Institution et les services de celle-ci ;
- les personnes qui en raison de leurs fonctions sont habilitées à traiter les données et notamment les éventuels mandataires, délégués de gestion, intermédiaires, réassureurs, coassureurs, distributeurs, les organismes professionnels et organismes assureurs tiers intervenant au présent contrat.

Les données ne font pas l'objet d'un transfert vers des pays tiers n'appartenant pas à l'Union Européenne. Si toutefois, elles devaient faire l'objet d'un tel transfert, l'Institution s'engage à l'effectuer en conformité avec la réglementation européenne et nationale relative à la protection des données à caractère personnel.

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

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

Les personnes concernées disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, d'opposition, ainsi que du droit à la portabilité et à la communication post-mortem de leurs données.

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

Elles peuvent exercer leurs droits en s'adressant au Délégué à la Protection des Données par courrier électronique à l'adresse : dpo.blf@groupagric.com

ou par courrier postal à l'adresse :

Groupe AGRICA

Direction Déléguée Maîtrise des Risques

21, rue de la Bienfaisance

75382 Paris Cedex 08



ARTICLE 2.10 RECLAMATIONS – MEDIATION

En cas de désaccord persistant concernant le contrat et en dehors de toute demande de renseignement ou d'avis, le participant peut adresser une réclamation :

- soit par courrier à l'adresse suivante : CCPMA PREVOYANCE, Service Réclamations, 21 rue de la Bienfaisance 75382 Paris cedex 08 ;
- soit par courriel sur le site internet d'AGRICA, www.groupagric.com, en cliquant sur la rubrique :

"Contactez-nous" puis en sélectionnant le motif « Réclamation » dans la partie « Sujet de votre demande ».

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

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

Dès lors, CCPMA PREVOYANCE lui adresse un accusé de réception dans les 10 jours suivants, puis traite la réclamation dans un délai maximal de 2 mois.

Par suite, un recours peut être présenté par l'entreprise ou le participant auprès du Médiateur de la protection sociale (CTIP), en adressant le dossier complet :

- soit par courrier au siège du CTIP (Centre Technique des Institutions de Prévoyance), 10 rue Cambacérès, 75008 PARIS ;
- soit par voie électronique sur le site internet du CTIP, www.ctip.asso.fr, en cliquant sur la rubrique « Médiateur de la protection sociale » puis en complétant le formulaire de saisine en ligne.



ARTICLE 2.11 FAUSSE DECLARATION

Les déclarations faites tant par l'employeur que par le participant servent de base aux garanties.

L'Institution peut opérer une vérification des données ainsi communiquées.

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

Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.



ARTICLE 2.12 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

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

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

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

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



ARTICLE 2.13 OBLIGATIONS DE L'INSTITUTION

En application de la Directive sur la distribution d'assurances et de son ordonnance de transposition du 16 mai 2018, préalablement à l'adhésion de l'entreprise, l'Institution lui transmet :

- l'IPID (document d'information précontractuelle sur le produit d'assurance) : document d'information présentant les caractéristiques essentielles du contrat, notamment le(s) risque(s) couvert(s), les exclusions de garanties, les obligations de l'entreprise adhérente, les modalités de résiliation, la territorialité des garanties (...);

- les informations d'ordre général concernant l'Institution de prévoyance afin d'assurer une meilleure transparence vis à vis de l'entreprise adhérente. Ces informations portent notamment sur l'identité de l'Institution, l'adresse du siège social, la qualité d'institution de prévoyance, les procédures de réclamation-médiation, la nature de la rémunération perçue par le personnel distributeur au titre de la distribution du contrat. L'Institution informe l'entreprise adhérente en cas d'évolution des informations relatives à la rémunération ainsi qu'en cas de paiements postérieurs autres que les cotisations en cours et les versements prévus.

- la fiche conseil exprimant le besoin de l'entreprise adhérente, et les arguments justifiant l'adéquation entre les besoins et les garanties proposées.

L'Institution s'engage à établir une Notice d'information qui définit les modalités du contrat et les modalités d'entrée en vigueur des garanties ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.



ARTICLE 2.14 OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHERENTE

2.14.1 A l'égard du participant

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

- remettre à chaque participant la Notice d'information établie par l'Institution et prévue à l'article précédent ;
- avertir par écrit les participants des modifications apportées à leurs droits et obligations suite à une révision du contrat ;
- informer les participants lorsqu'ils sortent du groupe assuré des conditions dans lesquelles ils peuvent bénéficier de la portabilité des droits.

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

2.14.2 A l'égard de l'Institution

L'entreprise adhérente s'oblige:

- à affilier l'ensemble des participants appartenant au groupe assuré ;
- à transmettre les informations nécessaires à la détermination des cotisations ;
- à fournir les éléments nécessaires à la gestion du présent contrat, notamment la liste des entrées et des sorties des participants, les modifications de situation familiale, la souscription ou résiliation de garanties optionnelles ou d'extension de la garantie frais de santé au bénéfice des ayants droit ;
- à verser les cotisations selon les modalités définies ci-après ;
- à répondre aux questions de l'Institution relatives aux participants.

Le défaut de production des déclarations demandées par l'Institution est régi par les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

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



ARTICLE 2.15 OBLIGATIONS DU PARTICIPANT

Chaque participant s'oblige :

- à accepter le précompte des cotisations obligatoires et, le cas échéant, le règlement de l'extension famille et/ou des garanties optionnelles ;
- à fournir par l'intermédiaire de l'entreprise adhérente les renseignements nécessaires à l'établissement de ses droits et obligations ;

- à retourner tous justificatifs demandés par l'Institution afin de vérifier la persistance des droits.



ARTICLE 2.16

LOI APPLICABLE ET JURIDICTION

Le présent contrat ainsi que les relations précontractuelles sont régies par la loi française à laquelle les parties déclarent se soumettre. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises. La langue française est utilisée pour le présent contrat.

TITRE 3

GARANTIE CONVENTIONNELLE



ARTICLE 3.1 PRESENTATION DU CONTRAT

Le présent contrat assure :

- une couverture complémentaire frais de santé obligatoire pour tous les salariés appartenant au groupe assuré défini au présent contrat. Cette couverture est définie au tableau des garanties annexé au présent contrat.

Cette couverture obligatoire (dite « socle obligatoire conventionnel ») peut être éventuellement complétée par des options, améliorant les garanties obligatoires et auxquelles l'entreprise peut souscrire, ou à défaut, auxquelles le salarié peut s'affilier à titre facultatif.



ARTICLE 3.2 ADHESION DE L'ENTREPRISE

L'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord du 2 février 2011 et ses avenants mis en place par les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale des Caves Coopératives Viticoles et leurs unions du 22 avril 1986 peuvent adhérer au présent contrat.

L'adhésion de l'entreprise au présent contrat est formalisée par la signature du Bulletin d'adhésion.

Dès réception du Bulletin d'adhésion, l'Institution procède à l'enregistrement de l'adhésion de l'entreprise et lui confirme la prise en compte de celle-ci par l'envoi d'un certificat de d'adhésion.



ARTICLE 3.3 PRISE D'EFFET, DUREE ET RESILIATION DU CONTRAT

▼ 3.3.1 Prise d'effet

Le présent contrat prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion.

Toutefois, d'un commun accord, la date de prise d'effet peut être fixée à une date ultérieure, le 1^{er} jour d'un mois civil. Cette date est alors précisée sur le bulletin d'adhésion.

▼ 3.3.2 Durée

Le présent contrat expire le 31 décembre de l'année en cours et se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} jour de chaque année civile.

▼ 3.3.3 Résiliation

La résiliation de l'adhésion au contrat par l'entreprise adhérente s'effectue par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé à l'Institution au moins deux mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours pour que l'adhésion au contrat cesse de produire ses effets au 31 décembre de cette même année.

La résiliation par l'Institution s'effectue dans les mêmes conditions par lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant la date d'échéance.

Le cachet de la poste ou la date d'expédition de l'envoi recommandé électronique fait foi du respect du délai de préavis.

En tout état de cause, la résiliation du présent contrat emporte la résiliation de la garantie socle, de l'option facultative et/ou de l'extension des garanties aux ayants droit éventuellement souscrites par l'entreprise ou le participant.

ARTICLE 3.4 **REVISION DU CONTRAT**

Les dispositions de la présente notice sont établies en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de signature de l'avenant n°7 du 2 juillet 2019 à l'Accord du 2 février 2011, notamment celles applicables au régime de base de Sécurité sociale en ce qui concerne les bases et taux de remboursement.

En cas de changement de la législation ou de la réglementation précitée postérieurement à cette date, nécessitant une modification des dispositions du présent contrat, notamment lorsque la révision est motivée par la nécessité de conserver au contrat son caractère « responsable », une concertation devra être engagée avec la commission paritaire de suivi de l'Accord du 2 février 2011 et le cas échéant faire l'objet d'un avenant audit accord. Dans cette hypothèse, l'Institution informera l'entreprise adhérente des modifications nécessaires au maintien du caractère « responsable » du contrat.

Par ailleurs, en fonction des résultats du régime, et sur proposition de l'Institution, les partenaires sociaux signataires de l'Accord du 2 février 2011 pourront procéder à une révision tarifaire ou à une modification des garanties par conclusion d'un avenant.

Toute contribution, participation, taxe ou majoration de taxe qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite, pourrait, après concertation avec les partenaires sociaux de l'Accord du 2 février 2011 et conclusion d'un avenant, être mise à la charge de l'entreprise adhérente et/ou des participants et payable en même temps que la cotisation.

ARTICLE 3.5 **RESTITUTION DE L'INDU**

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

ARTICLE 3.6 **GROUPE ASSURE**

Le groupe assuré est constitué par l'ensemble des salariés des entreprises adhérentes, sans condition d'ancienneté.

Doit être affilié au contrat l'ensemble des salariés constituant le groupe assuré.

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

ARTICLE 3.7 **AFFILIATION ET ADMISSION DANS L'ASSURANCE**

Le salarié est affilié au contrat via la DSN (Déclaration Sociale Nominative).

L'affiliation du participant s'effectue sans questionnaire ni examen médical et prend effet :

- à la date de prise d'effet du présent contrat lorsqu'il est inscrit sur le registre du personnel et qu'il fait partie du groupe assuré ;
- à compter de sa date d'entrée dans l'entreprise lorsqu'il est engagé postérieurement à la date de prise d'effet du contrat et qu'il entre dans le groupe assuré.

Le participant ouvre droit aux garanties du contrat dès sa date d'affiliation.

TITRE 4

GARANTIES OPTIONNELLES PROPOSEES A L'ENTREPRISE

ARTICLE 4.1 ADHESION DE L'ENTREPRISE

▼ 4.1.1 Option 1 ou Option 2

L'entreprise adhérente peut choisir d'améliorer, à **titre obligatoire**, le niveau des garanties de la formule de base (socle obligatoire conventionnel), par la souscription de l'**Option 1** ou l'**Option 2**.

L'entreprise adhérente doit le préciser en remplissant et signant le Bulletin d'Adhésion, qu'elle transmet ensuite à l'Institution.

▼ 4.1.2 Extension famille

L'entreprise adhérente peut également choisir d'étendre, à **titre obligatoire**, le niveau des garanties du salarié à ses ayants droits, par la souscription de l'**extension famille**.

L'entreprise adhérente doit le préciser en remplissant et signant le Bulletin d'Adhésion qu'elle transmet ensuite à l'Institution.

Si la formule extension famille est choisie, le salarié et ses ayants droit doivent avoir le même niveau de garantie (garantie conventionnelle seule ou garantie conventionnelle et Option 1 ou Option 2).

Lorsque l'Option 1 ou l'Option 2 ainsi que l'extension famille ne font pas l'objet d'une souscription obligatoire par l'entreprise, ils sont automatiquement ouverte à l'affiliation du participant qui peut y souscrire à titre facultatif, tel que précisé au Titre « Garanties optionnelles proposées au salarié ».

ARTICLE 4.2 BENEFICIAIRES DES GARANTIES

Les garanties sont accordées :

- au participant appartenant au groupe assuré ;
- en cas d'extension familiale, à l'ensemble de ses ayants droit, tels que définis au Titre "Définitions" des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 4.3 PRISE D'EFFET / MODIFICATION / RESILIATION

▼ 4.3.1 Prise d'effet

La date de prise d'effet de l'Option 1 ou l'Option 2 et/ou de l'extension famille est précisée sur le certificat d'adhésion.

L'entreprise adhérente qui souscrit l'Option 1 ou l'Option 2 et/ou l'extension famille doit obligatoirement affilier à ce niveau et/ou à cette extension l'ensemble des salariés constituant le groupe assuré.

▼ 4.3.2 Affiliation et admission

L'affiliation et l'admission aux garanties optionnelles du participant et de ses ayants droit éventuels en cas de souscription de l'extension famille, définis au Titre « Définitions », prennent effet :

- à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise à l'Option 1 ou l'Option 2 et/ou à l'extension famille, lorsque l'intéressé est inscrit sur les registres du personnel à cette date et qu'il fait partie du groupe assuré;

- à compter du 1^{er} jour du mois d'embauche du salarié, notamment lorsque le salarié est engagé postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise à l'Option 1 ou l'Option 2 et/ou à l'extension famille;
- soit à la date de survenance de l'événement en cas de changement dans la situation familiale du participant.

▼ 4.3.3 Dérogation : cas de dispense d'affiliation

Les dispositions applicables en matière de dispense d'affiliation sont en tous points similaires à celles définies à l'article « Dispenses d'affiliation ».

▼ 4.3.4 Modification du niveau de couverture et/ou de l'extension famille

L'entreprise adhérente qui souhaite revenir sur ses choix initiaux lors de la souscription du présent contrat, peut en demander le changement, chaque année par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée à l'Institution, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

Ce nouveau choix d'option, formalisé par la signature d'un nouveau Bulletin d'adhésion, prend alors effet le 1^{er} janvier de l'année suivante.

Le cas échéant, le salarié doit remplir et signer un nouveau Bulletin d'affiliation et le transmettre à l'Institution par le biais de son employeur.

▼ 4.3.5 Résiliation de l'Option 1 ou 2 et/ou de l'Extension famille

L'entreprise adhérente a la possibilité de résilier son adhésion à l'Option 1 ou l'Option 2 et/ou à l'extension famille au 31 décembre de chaque année civile.

Cette résiliation s'effectue par lettre recommandée avec accusé de réception, sous un préavis de deux mois, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours pour que l'Option 1 ou l'Option 2 et/ou l'extension famille cesse de produire ses effets au 31 décembre de cette même année. Les garanties obligatoires du socle conventionnel restent applicables.

En cas de résiliation de l'Option 1 ou l'Option 2 et/ou de l'extension famille, **toute nouvelle demande d'adhésion de l'entreprise ne peut intervenir au plus tôt qu'à l'expiration d'un délai d'un an.**

ARTICLE 4.4 REVISION

Les dispositions du contrat sont établies en fonction de la législation et de la réglementation de la Sécurité sociale, notamment des bases et taux de remboursement des régimes sociaux obligatoires en vigueur à la date d'effet du contrat.

En cas de changement de la législation ou de la réglementation suscitée, CCPMA PREVOYANCE se réserve le droit, de modifier les cotisations et le niveau des garanties optionnelles du présent contrat.

L'entreprise adhérente peut refuser ces modifications dans le mois qui suit la notification des nouvelles conditions et demander la résiliation des garanties optionnelles du présent contrat, par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

La résiliation des garanties optionnelles prend alors effet le 1^{er} jour du mois civil suivant la date figurant sur l'accusé de réception.

TITRE 5

GARANTIES OPTIONNELLES PROPOSEES AU SALARIE

5.1 Affiliation du participant (Option 1 ou 2 et/ou Extension famille)

Lorsque son entreprise n'a pas choisi de souscrire à l'Option 1 ou l'Option 2 et/ou l'extension famille à titre collectif et obligatoire, le participant a la possibilité de souscrire à ce niveau et/ou cette extension à titre facultatif :

- au moment de son affiliation au présent contrat, il sera alors couvert à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception du bulletin d'affiliation ;
- annuellement, au plus tard le 30 novembre de chaque année, il sera alors couvert le 1^{er} janvier de l'année qui suit celle de sa demande ;
- ou, pour l'extension famille uniquement, à la date de survenance de l'événement en cas de changement dans la situation familiale du participant ou de la modification de la situation professionnelle de son conjoint. Les ayants droit sont alors admis dans l'assurance à compter du jour de l'événement.

Si l'extension famille a été souscrite en parallèle à l'Option 1 ou l'Option 2, elle s'applique alors à tous les bénéficiaires.

Cette demande est formalisée par l'imprimé « Bulletin d'affiliation » dûment complété par le participant.

Lors de toute modification de sa situation familiale, le participant devra remplir et signer un nouveau bulletin d'affiliation.

5.2 Résiliation par le participant de l'Option 1 ou 2 et/ou de l'Extension famille

Le participant a la faculté de résilier l'Option 1 ou l'Option 2 et/ou l'extension famille souscrits à titre facultatif:

- annuellement, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Institution, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La résiliation prend alors effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

- en cours d'année, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Institution, dans les 30 jours qui suivent l'événement (changement dans la situation familiale du participant ou de la modification de la situation professionnelle de son conjoint). La résiliation prend alors effet à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit l'événement.

En cas de résiliation, toute nouvelle demande d'affiliation à l'Option 1 ou à l'Option 2 ou à l'extension famille ne peut intervenir au plus tôt qu'à l'expiration d'un délai de deux ans.

Il ne sera dérogé à cette durée de deux ans qu'en cas de changement de situation familiale ou de modification de situation professionnelle du conjoint.

5.3 Cotisations

1 - Option 1 ou 2

Si le participant a choisi d'adhérer de manière facultative à l'Option 1 ou à l'Option 2, il lui sera appliqué une cotisation additionnelle dont le montant est précisé au Barème des cotisations.

2 - Extension famille

Si le participant a choisi d'étendre les garanties de son assurance complémentaire frais de santé au profit de ses ayants droit dans le cadre d'une extension famille, le niveau de garantie choisi doit être le même pour lui-même et sa famille.

Les cotisations additionnelles relatives à l'Option 1 ou l'Option 2 et/ou à l'extension famille, sont entièrement à la charge du participant. Elles sont directement précomptées par son employeur.

▼ 5.4 Révision

Les dispositions du contrat sont établies en fonction de la législation et de la réglementation de la Sécurité sociale, notamment des bases et taux de remboursement des régimes sociaux obligatoires en vigueur à la date d'effet du contrat.

En cas de changement de la législation ou de la réglementation suscitée, CCPMA PREVOYANCE se réserve le droit, de modifier les cotisations et le niveau des garanties optionnelles du présent contrat souscrites à titre facultatif.

Le participant peut refuser ces modifications dans le mois qui suit la notification des nouvelles conditions et demander la résiliation des garanties optionnelles du présent contrat souscrites à titre facultatif, par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

La résiliation prend alors effet le 1^{er} jour du mois civil suivant la date figurant sur l'accusé de réception.

TITRE 6

COTISATIONS



ARTICLE 6.1 STRUCTURE TARIFAIRE

La structure tarifaire du présent contrat est définie comme suit :

- **Isolé/Famille obligatoire:** couvre le participant et ses ayants droit à titre obligatoire.
- **Isolé/famille facultative :** couvre le participant à titre obligatoire. Les ayants droit du participant ont la possibilité d'être couverts sous réserve que le participant souscrive à l'extension famille.



ARTICLE 6.2 MONTANT DES COTISATIONS

Les garanties du présent contrat sont accordées aux participants, et le cas échéant, à ses ayants droit, moyennant le paiement de cotisations fixées en pourcentage du plafond mensuel de Sécurité sociale (PMSS).

En cas de souscription dans un cadre collectif obligatoire, les garanties sont accordées moyennant une répartition des cotisations entre l'employeur et les salariés.

En cas de souscription par le participant dans un cadre facultatif, les garanties sont accordées moyennant une prise en charge totale des cotisations par le salarié.

Le montant des cotisations est précisé au Barème des cotisations.

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

Afin de maintenir l'équilibre du régime et sur proposition de l'Institution, les partenaires sociaux pourront être amenés à modifier les montants des cotisations.

ARTICLE 6.3

MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Chaque mois, l'entreprise doit procéder à la Déclaration Sociale Nominative (DSN) qui donnera lieu, le cas échéant après traitement par l'Institution, à une régularisation annuelle des cotisations au cours du 1^{er} trimestre de l'année N+1.

Les cotisations sont exigibles dès la date maximale de dépôt de la DSN, en fonction du choix de l'entreprise, à savoir soit le 1^{er} jour du mois suivant le mois civil auquel elles se rapportent, soit le 1^{er} jour du trimestre suivant le trimestre civil auquel elles se rapportent.

Le versement des cotisations (conventionnelles et optionnelles) à l'Institution est de la seule responsabilité des entreprises adhérentes, et doit être effectué au plus tard dans les 15 jours qui suivent le mois ou le trimestre auxquels elles se rapportent, dès lors que l'entreprise adhérente est entrée dans le dispositif DSN complet.

ARTICLE 6.4

DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations qui n'ont pas été acquittées dans le délai imparti, sont de plein droit majorées selon un taux égal au taux de majoration de retard du régime Agirc-Arrco.

A défaut de paiement des cotisations à la date limite de paiement, l'Institution adresse à l'entreprise adhérente une relance suivie d'une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de mise en demeure restée infructueuse, passé un délai de 30 jours, l'Institution pourra suspendre les garanties souscrites à titre facultatif, puis résilier le présent contrat, 10 jours plus tard.

Le contrat non résilié reprend effet à midi, le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

En tout état de cause, l'Institution peut poursuivre le recouvrement des cotisations par toutes voies de droit, les frais engagés étant à la charge de l'entreprise adhérente.

TITRE 7

DISPOSITIONS COMMUNES A L'ENSEMBLE DES GARANTIES



ARTICLE 7.1 ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES

7.1.1 Pour le participant

Les garanties entrent en vigueur immédiatement, dès la prise d'effet de l'affiliation du participant, conformément aux dispositions de l'article « Affiliation et admission » des présentes Conditions Générales.

7.1.2 Pour les ayants droit participant

Si elles sont souscrites à leur bénéficiaire, les garanties entrent en vigueur à l'égard des ayants droit immédiatement, dès leur admission dans l'assurance, conformément aux dispositions de l'article « Affiliation et admission » des présentes Conditions Générales.



ARTICLE 7.2 DISPENSES D'AFFILIATION

Sans préjudice des cas de dispense d'ordre public prévus par les textes législatifs et réglementaires en vigueur, le participant appartenant au groupe assuré peut choisir de ne pas être affilié aux garanties mises en place à titre obligatoire dans l'entreprise dès lors qu'il relève de l'une des situations suivantes :

- s'il bénéficie de la CMU-C (couverture maladie universelle – complémentaire), jusqu'à la date à laquelle le participant cesse de bénéficier de cette couverture ;

- s'il est salarié sous contrat à durée déterminée ou travailleur saisonnier d'une durée au moins égale à douze mois, à condition de justifier d'une couverture santé souscrite par ailleurs. En revanche pour le salarié sous contrat à durée déterminée ou travailleur saisonnier d'une durée inférieure à douze mois, la dispense d'affiliation est de droit (pas de justificatifs à fournir à l'employeur).
- s'il bénéficie d'une couverture obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément (salarié à employeurs multiples);
- s'il est salarié à temps très partiel et n'ayant qu'un seul employeur, dès lorsque la cotisation à sa charge serait supérieure ou égale à 10% de sa rémunération brute ;
- s'il est couvert à la date d'entrée en vigueur des garanties par une assurance complémentaire frais de santé en qualité d'ayant droit de son conjoint, concubin ou partenaire d'un pacte civil de solidarité, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui. La dispense d'affiliation cesse en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non renouvellement annuel de l'attestation, en cas de cessation du régime obligatoire du conjoint, ou à la demande du salarié.

La demande vaut pour la garantie conventionnelle et, le cas échéant, pour l'Option 1 ou l'Option 2 et/ou l'extension famille si ces derniers ont été mis en place à titre obligatoire dans l'entreprise.

La mise en oeuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que **sur demande expresse du participant concerné**.

Préalablement à la demande de dispense, l'employeur informe le participant des conséquences de son choix d'être dispensé. Dès lors, l'employeur doit indiquer au salarié qu'il n'est pas redevable de la cotisation frais de santé, qu'il ne bénéficiera pas des prestations, ni du droit à portabilité. Le salarié doit compléter le formulaire type mis à sa disposition par son employeur prenant la forme d'une déclaration sur l'honneur indiquant notamment que le salarié reconnaît avoir été informé en bonne et due forme. Lorsque la dispense prend fin ou n'est pas renouvelée, l'entreprise adhérente doit informer l'Institution dans les plus brefs délais.

ARTICLE 7.3 MONTANT DES GARANTIES

Le présent contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits « responsables », institué par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures. En cas de modifications législatives et/ou réglementaires, les garanties seront automatiquement révisées dans les conditions et délais fixés par les textes.

A ce titre, il répond à l'ensemble des conditions de prise en charge mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Il respecte en outre les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code.

Les remboursements garantis par le présent contrat 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 tableau de garanties figurant en annexe X du présent contrat.

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, c'est-à-dire du 1^{er} janvier au 31 décembre, sauf exceptions prévues par la réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au tableau de garanties.

Au titre du dispositif du contrat responsable, le présent contrat prend en charge :

- L'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par le régime de base. Cette prise en charge n'est pas obligatoire pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie. Néanmoins, elle peut être prévue au tableau de garanties ;
- La participation forfaitaire pour les actes mentionnés au I de l'article L.160-16 du Code de la Sécurité sociale (forfait « actes lourds ») ;
- L'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale, sans limitation de durée, facturé uniquement par les établissements de santé et non par les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées, les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes ...) ;
- L'intégralité des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité pour les équipements du panier de soins 100% santé :
 - En optique, à hauteur des prix limites de vente (PLV) des montures et des verres de classe A fixés par la liste des produits et prestations (LPP) ainsi que la prestation d'appairage et le supplément pour les verres avec filtre afférents à hauteur du PLV.
 - En audiologie, à hauteur des PLV des aides auditives de classe I fixés par la LPP ;

- Pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté à hauteur des Honoraires Limites de Facturation (HLF) fixés par la convention nationale dentaire du 21 juin 2018.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO), celle-ci s'effectue dans la double limite de 100% de la base de remboursement et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à un des dispositifs susvisés, minoré d'un montant au moins égal à 20% de la base de remboursement.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge d'équipements d'optique médicale (verres et monture) autres que ceux du panier de soins 100% santé, elle doit respecter les périodes définies pour le renouvellement ainsi que les planchers et plafonds énoncés à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, incluant le ticket modérateur et les remboursements effectués par le régime de base.

La prise en charge des équipements d'optique médicale du panier de soins 100% santé et autres que 100% santé est limitée à un équipement (2 verres et une monture) :

- Par période de deux ans pour les participants et ayants droit âgés de 16 ans et plus ;
- Par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ;
- Par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur

En cas d'acquisition d'un équipement complet, ces périodes de renouvellement s'apprécient à partir de la dernière facturation d'un équipement complet ou du dernier élément de l'équipement pris en charge par le régime de base.

En cas d'acquisition séparée des éléments de l'équipement (monture ou verres), le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation, en cas d'évolution de la vue dans les conditions fixées par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale :

- Le délai de deux ans applicable aux participants et ayants droit âgés de 16 ans et plus est réduit à un an pour l'acquisition d'un équipement complet, sur présentation d'une nouvelle prescription médicale ou sur adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance ;
- Le délai d'un an applicable aux enfants de moins de 16 ans est supprimé pour l'acquisition de verres sur présentation d'une nouvelle prescription médicale.

Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à l'une des situations médicales particulières listées par l'arrêté du 3 décembre 2018.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge de dispositifs médicaux d'aides auditives autres que ceux du panier de soins 100% santé, elle doit respecter la période définie pour le renouvellement ainsi que le plafond énoncés à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, incluant le ticket modérateur et les remboursements effectués par le régime de base.

La prise en charge des aides auditives du panier de soins 100% santé et autres que 100% santé est limitée à un équipement tous les quatre ans décomptés à compter de la dernière facturation d'un appareil pris en charge par le régime de base. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

ARTICLE 7.4 REGLEMENT DES PRESTATIONS

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

L'utilisation du tiers payant auprès d'un professionnel de santé est conditionnée à l'acceptation de ce dernier.

Pour justifier du tiers payant, l'Institution délivre au participant une carte complémentaire (sous forme papier) qui devra lui être restituée lorsque le participant cesse de bénéficier dudit contrat.

ARTICLE 7.5 LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIES

De manière générale, ne sont pas pris en charge :

- les frais engagés au titre d'actes exécutés avant la prise d'effet ou après la cessation des garanties ;
- les frais de santé résultant d'actes qui, bien qu'inscrits à la nomenclature des actes professionnels, ne sont pas pris en charge par le régime de base, sauf exceptions prévues au tableau des garanties annexé aux présentes Conditions Générales ;
- les pénalités appliquées en cas de non respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassement 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.

En cas d'assurances cumulatives, les remboursements du régime de base, de l'Institution et de tout autre organisme ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés.

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

Le participant doit faire la déclaration de ses assurances cumulatives. Cette obligation est valable pendant toute la durée de l'affiliation au présent contrat.

ARTICLE 7.6 CONTRÔLE DES PRESTATIONS

En cas de suspicion de fraude aux prestations, l'Institution se réserve la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales, et/ou de demander toutes autres justifications qui lui paraîtraient nécessaires, notamment les prescriptions médicales et les factures détaillées.

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

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

ARTICLE 7.7 ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

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

Par exception, les prestations prévues au tableau de garanties, ne faisant pas l'objet d'un remboursement du régime social de base français, ne sont prises en charge au titre du présent contrat qu'à condition d'avoir été effectuées en France.

ARTICLE 7.8 DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

En cas de suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à 1 mois civil d'arrêt complet, l'affiliation du participant pourra être maintenue dans les cas suivants :

▼ 7.8.1 **1- En cas de suspension du contrat de travail, avec un maintien de salaire total ou partiel ou versement d'indemnités journalières complémentaires**

Les garanties sont maintenues au participant en arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident d'origine professionnelle ou non, ou de maternité :

Ce maintien s'effectue, tant que dure le maintien de salaire total ou partiel, ainsi que le versement d'indemnités journalières complémentaires, sur les mêmes bases que celles prévues pour les participants exerçant leur activité professionnelle : mêmes prestations et mêmes cotisations (part salariale et part patronale) appelées à l'employeur.

▼ 7.8.2 2 - En cas de suspension du contrat de travail, sans versement de salaire total ou partiel par l'entreprise adhérente ni versement d'indemnités journalières complémentaires

En application de l'Accord du 2 février 2011 et conformément aux dispositions de l'article précédent, les garanties du présent contrat pourront être maintenues au participant, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire, lorsque les deux conditions suivantes sont remplies :

- absence de versement de salaire par l'entreprise adhérente ;
- suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à un mois civil.

Pour être recevable, la demande de maintien doit parvenir à l'Institution au plus tard un mois après la cessation de l'affiliation au présent contrat.

L'entreprise adhérente doit pour cela informer l'Institution en communiquant les nom, prénom, numéro de Sécurité sociale, la date et le motif de la suspension du contrat de travail de l'intéressé.

Les garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du présent contrat collectif, sous réserve du paiement intégral par le participant des cotisations (part patronale et part salariale) depuis cette date.

En l'absence de demande de maintien, les garanties cessent le dernier jour du mois civil pour lequel la cotisation a été versée par l'entreprise adhérente.

A défaut d'information auprès de l'Institution par l'entreprise adhérente concernant le participant en situation de suspension de contrat de travail, le versement de prestations complémentaires frais de santé durant cette période impliquera le paiement intégral des cotisations correspondantes par l'entreprise adhérente

ARTICLE 7.9 CESSATION DE L'AFFILIATION

▼ 7.9.1 du participant

Sans préjudice du droit à portabilité, l'affiliation du participant au contrat cesse :

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

▼ 7.9.2 des ayants droit

Outre les cas de dénonciation prévus au présent contrat, l'affiliation des ayants droit (obligatoire ou facultative) prend fin :

- à la date de cessation de l'affiliation du participant ;
- lorsqu'ils perdent la qualité d'ayants droit au sens du présent contrat.

ARTICLE 7.10 CESSATION DU DROIT AUX GARANTIES

Les garanties frais de santé cessent :

- à la fin du mois au cours duquel intervient la cessation de l'affiliation du participant et/ou de ses ayants droit dans les conditions prévues à l'article précédent ;
- à la résiliation du présent contrat par l'entreprise adhérente ou par l'Institution.

ARTICLE 7.11 MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL

▼ 7.11.1 Au participant, en cas de rupture du contrat de travail

En application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin », l'Institution proposera aux participants, dans les 2 mois qui suivent la date de cessation de leur contrat de travail ou la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits, le maintien de leur couverture correspondant au niveau des garanties et à la structure tarifaire choisis à titre obligatoire par l'entreprise dans le cadre d'une adhésion à un contrat individuel, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire, sous réserve qu'ils répondent à l'une des conditions suivantes :

- être bénéficiaire d'une pension de retraite ;
- être privé d'emploi et bénéficier d'un revenu de remplacement ;
- avoir un contrat de travail rompu et être bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité et percevoir à ce titre des prestations en espèces de son régime de base obligatoire.

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à l'Institution au plus tard six mois après la rupture du contrat de travail du participant ou, le cas échéant, de la fin de la période de la portabilité.

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

Les tarifs applicables aux anciens salariés pourront être supérieurs aux tarifs globaux en vigueur pour les participants actifs dans les limites fixées par la réglementation.

▼ 7.11.2 Aux ayants droit d'un participant décédé

En application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin », l'Institution proposera aux ayants droit d'un participant décédé inscrits au contrat, dans les 2 mois qui suivent la date de cessation des garanties, le maintien de leur couverture correspondant au niveau des garanties et à la structure tarifaire choisie à titre obligatoire par l'entreprise dans le cadre d'une adhésion à un contrat individuel, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire.

Les ayants droit concernés devront toutefois justifier qu'ils ont droit aux prestations en nature du régime social de base à titre obligatoire ou personnel.

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à l'Institution au plus tard six mois après le décès du participant.

La garantie entre en vigueur dès la date de cessation de la garantie du présent contrat collectif, sous réserve du paiement par les ayants droit des cotisations depuis cette date. Cette garantie est maintenue pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès.

Les tarifs applicables aux ayants droit d'un participant décédé pourront être supérieurs aux tarifs globaux en vigueur pour les participants actifs dans les limites fixées par la réglementation.

TITRE 8

PORTABILITE DES DROITS

En cas de cessation de son contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, le participant peut bénéficier du maintien des garanties prévu par le contrat de l'entreprise en application de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale et ce, pour toute notification de rupture intervenue à compter de la date d'effet dudit contrat.

Si l'entreprise disposait de garanties frais de santé préalablement à l'entrée en vigueur du présent contrat, elle doit, dans un délai de trente jours suivant la souscription du contrat, informer l'Institution des anciens salariés susceptibles d'ouvrir droit à la portabilité au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

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

ARTICLE 8.1 BENEFICIAIRES

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

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

ARTICLE 8.2 OUVERTURE ET DUREE DES DROITS A PORTABILITE

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

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

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

ARTICLE 8.3 OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHERENTE

L'entreprise adhérente doit informer l'Institution de la cessation du contrat de travail du salarié susceptible d'ouvrir droit à la portabilité.

ARTICLE 8.4

OBLIGATIONS DE L'ANCIEN SALARIE

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

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

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

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

ARTICLE 8.5

PRESTATIONS

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

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

ARTICLE 8.6

CESSATION DE LA PORTABILITE

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

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

En cas de changement d'organisme assureur, le nouvel assureur doit prendre en charge les bénéficiaires de la portabilité à compter de la date d'effet du nouveau contrat collectif.

TITRE 9

DEFINITIONS

ARTICLE 9.1

Définitions des intervenants au contrat

ENTREPRISE ADHÉRENTE

L'employeur ayant souscrit le présent contrat collectif.

PARTICIPANT

Le salarié de l'entreprise adhérente définie ci dessus, appartenant au groupe assuré désigné aux Conditions Particulières et affilié au présent contrat.

AYANTS DROIT

Sont considérés comme ayants droit du participant au sens dudit contrat :

- le **conjoint** : la personne mariée avec le participant et non séparée de corps ou non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée.

Sont assimilés au conjoint :

- le **cocontractant d'un PACS** : est assimilé au conjoint, la personne qui a conclu un Pacte Civil de Solidarité avec le participant conformément aux dispositions de l'article 515-1 et suivant du Code civil ;
- le **concubin** : il faut entendre la personne vivant en concubinage, selon les dispositions de l'article 515-8 du Code civil, avec le participant, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations, sous réserve que les concubins soient l'un et l'autre libres au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de PACS. Toutefois, la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'au moins un enfant est né de l'union ou a été adopté.

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

Les enfants à charge:

Par « enfant », il faut entendre :

- les enfants du participant dont la filiation est légalement établie, y compris adoptive ;
- les enfants qui ont été élevés par le participant pendant neuf ans au moins avant leur 16^{ème} anniversaire ;
- les enfants recueillis par le participant et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue ;

Sont considérés comme « enfants à charge » :

- tous les enfants âgés de moins de 21 ans ;
- tous les enfants âgés de moins de 28 ans s'ils sont étudiants, apprentis ou demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi et non indemnisés au titre du régime de l'assurance chômage ou s'ils effectuent une mission au titre du Service Civique (étendu jusqu'à 30 ans pour les jeunes en situation de handicap) ;
- tous les enfants invalides au sens de la législation sociale, quel que soit leur âge, à condition que leur état d'invalidité ait été constaté avant leur 21^{ème} anniversaire.

CHANGEMENT DE SITUATION FAMILIALE

Sont considérés comme constituant un changement dans la situation familiale du participant, les événements suivants :

- le mariage, le concubinage, le PACS ;
- le divorce, la séparation de corps, la rupture des relations de concubinage, la dissolution du PACS ;
- la naissance ou l'adoption d'un enfant ;
- la perte de la qualité d'enfant à charge ;
- le décès d'un enfant à charge ou du conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin.

En cas d'adoption, de séparation de corps ou de divorce, la date de l'évènement à prendre en compte est celle du prononcé du jugement. En cas de conclusion ou de dissolution d'un PACS, la date de l'évènement à prendre en compte est celle de l'inscription sur le registre établi à cet effet au tribunal d'instance du lieu de résidence commune.

MODIFICATION DE LA SITUATION PROFESSIONNELLE DU CONJOINT, COCONTRACTANT D'UN PACS OU DU CONCUBIN

On entend par changement intervenant dans la vie professionnelle du conjoint, du cocontractant d'un PACS ou du concubin au sens du présent contrat, l'embauche, la rupture du contrat de travail à l'initiative du salarié ou de l'employeur (démission, licenciement, préretraite, retraite), la mise en place ou la suppression d'une couverture frais de santé obligatoire dans l'entreprise.



ARTICLE 9.2

Définitions des termes propres au contrat

100% SANTE

Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable sont remboursés intégralement (remboursement du régime de base obligatoire et de la complémentaire santé) sur des prestations d'optique, dentaire et d'audiologie.

Les contrats de complémentaire santé responsables remboursent obligatoirement la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par le régime de base obligatoire, dans la limite des tarifs plafonnés prédéfinis pour les actes des paniers « 100% santé ».

Les opticiens, les audioprothésistes, les chirurgiens-dentistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100% santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% santé ».

AIDES AUDITIVES

Appareils améliorant l'audition de la personne qui souffre de déficit auditif. Il existe différents types d'aides auditives : contours d'oreille classiques, contours à écouteur déporté, prothèse intra-auriculaires, lunettes auditives et appareils boîtiers.

Ces aides auditives ne peuvent être délivrées que par des audioprothésistes sur prescription médicale.

Les conditions de remboursement sont révisées dans le cadre de la Réforme 100% Santé et des contrats responsables avec la mise en place de prix limite de vente et une prise en charge intégrale de la part de la sécurité sociale et des organismes complémentaires santé.

Pour les autres types d'aides auditives, non prises en charge dans le panier « 100% santé » le niveau de remboursement dépend du niveau de garantie choisi.

Avant la vente, les audioprothésistes doivent remettre au patient un devis normalisé faisant systématiquement apparaître à minima un équipement de l'offre « 100% santé ».

Synonymes : audioprothèses, prothèses auditives, appareils auditifs

BASE DE REMBOURSEMENT

Tarif servant de référence au régime de base pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut dans certaines situations être supérieur à la base de remboursement, par exemple lors d'une consultation auprès d'un médecin de secteur 2.

On distingue :

- Le Tarif de convention (TC) est le tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professionnels de santé conventionnés.
- Le Tarif d'Autorité (TA) est le tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement lorsque le professionnel de santé n'est pas conventionné. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Le Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Autres synonymes : Tarif de référence, base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

CONTRAT RESPONSABLE

Contrat santé répondant à l'ensemble des conditions de prise en charge mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et respectant les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code.

Il encourage le respect du parcours de soins coordonnés reposant sur le choix d'un médecin traitant déclaré auprès de la Sécurité sociale par l'assuré.

Par contre, les dépassements et majorations liés au non-respect du parcours de soins, la participation forfaitaire applicable aux consultations et à certains examens médicaux et les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport ne sont pas remboursés.

CONTRAT SOLIDAIRE

Contrat qualifié de « solidaire » par la loi, lorsque l'organisme complémentaire d'assurance maladie ne détermine pas les cotisations de son contrat en fonction de l'état de santé de l'individu couvert, et pour les adhésions ou souscriptions individuelles ne recueille aucune information médicale.

CONVENTIONNE/NON CONVENTIONNE

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession. Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels qui s'engagent à les respecter.

Les frais pris en charge par le régime de base obligatoire et, dans certains cas par le régime complémentaire, varient selon que le professionnel ou l'établissement de santé a passé ou non une convention avec le régime de base obligatoire et se conforme aux conditions et tarifs de facturation prévus par celle-ci.

DEPASSEMENT D'HONORAIRES

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

Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM/OPTAM-Co).

FORFAIT ACTES LOURDS

Participation forfaitaire non remboursée par le régime de base (sauf régime Alsace-Moselle), qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé, dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'Etat, ou dont le coefficient est égal ou supérieur à 60.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

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

FRAIS DE SEJOUR

Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses...

En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

FRAIS REELS

Terme qui désigne :

- Soit le montant des dépenses effectivement engagées par le bénéficiaire des soins pour ses prestations de santé ; dans ce cas, ce terme est alors synonyme de « dépenses réelles »
- Soit les conditions de remboursement de certains frais ou actes par l'Institution au titre du présent contrat ; lorsque pour certaines garanties, le présent contrat prévoit une prise en charge aux frais réels, l'Institution tiendra également compte de l'application éventuelle de franchises, participation forfaitaire d'un euro ainsi qu'en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés, de l'application éventuelle de dépassement d'honoraires pratiqués à ce titre par certains professionnels de santé et/ou majorations de ticket modérateur appliquées à titre de sanction par le régime de base obligatoire et que la législation sur les complémentaires santé « responsables » lui interdit de prendre en charge.

Certaines garanties de complémentaire santé prévoient une prise en charge aux frais réels. Dans ce cas, la totalité des dépenses engagées par l'assuré est remboursée, notamment dans le cadre de la réforme 100% Santé. Ces dépenses sont limitées par le prix limite de vente des équipements optiques, des aides auditives et des honoraires limites de vente en dentaire qui doivent être respectés par les professionnels de santé.

HONORAIRE LIMITE DE FACTURATION

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec le régime de base obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ». Progressivement, des honoraires limites de facturation seront appliqués à certaines prothèses dentaires, dont celles contenues dans le panier « 100% santé ».

HONORAIRES PARAMEDICAUX

Professionnels paramédicaux (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues...) dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par le régime de base obligatoire.

HOSPITALISATION

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

MATERIEL MEDICAL

Biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par le régime de base obligatoire.

Il s'agit de matériels d'aide à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles...

MATERNITE

Grossesse non pathologique, l'accouchement et ses suites. La maternité n'est pas considérée ni comme une maladie, ni comme un accident.

OPTAM/OPTAM-CO (OPTIONS PRATIQUES TARIFAIRES MAÎTRISÉES)

Options négociées au niveau national entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins signataires de la Convention médicale de 2016, visant à modérer les dépassements d'honoraires.

L'OPTAM est une option pour les médecins toutes spécialités et l'OPTAM-CO est une option spécifique pour les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens.

OPTIQUE

Dispositifs médicaux permettant de corriger des troubles de la vue tels que l'hypermétropie, l'astigmatisme, la myopie ou encore la presbytie. Il s'agit soit de lunettes (deux verres et une monture) soit des lentilles.

Les conditions de remboursement sont révisées dans le cadre de la Réforme 100% Santé et des contrats responsables avec la mise en place de prix limite de vente et une prise en charge intégrale de la part de la sécurité sociale et des organismes complémentaires santé.

L'offre « 100% Santé » n'est pas exclusive : il est possible d'opter pour un équipement « mixte » composé de verres de l'offre « 100% Santé » et d'une monture d'une autre offre, ou inversement.

Pour les autres types d'équipement, non pris en charge dans le panier « 100% santé », le niveau de remboursement dépend du niveau de garantie choisi.

Les opticiens doivent établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% Santé ».

Au-delà des lunettes, la chirurgie réfractive permet également de corriger certains troubles visuels.

PLAFOND MENSUEL DE LA SECURITE SOCIALE (PMSS)

Plafond mensuel de la sécurité sociale qui est basé sur un salaire plafonné servant au calcul des cotisations sociales de base. Il peut également être utilisé comme base pour une expression de garanties ou un taux de cotisation. Ce montant est revu annuellement.

PRIX LIMITE DE VENTE

Prix maximum de vente d'un dispositif médical proposé à l'assuré, autrement appelé PLV. On parle également de « tarifs plafonnés ».

La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire est assortie d'un prix limite de vente.

PROTHESES DENTAIRES

Prothèses dentaires remplaçant ou consolidant une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types : les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges, les prothèses fixes remboursées (couronne métallique, céramo-métallique, zircone et céramo-céramique) et les prothèses amovibles (« dentiers »).

Les conditions de remboursement sont révisées dans le cadre de la Réforme 100% Santé et des contrats responsables avec la mise en place d'honoraires limites de facturation et une prise en charge intégrale de la part de la sécurité sociale et des organismes complémentaires santé.

Les prothèses dentaires qui n'entrent pas dans le panier de soins « 100% Santé », pouvant également être soumises à des honoraires limites de facturation, sont prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire dans les mêmes conditions.

Le chirurgien-dentiste doit établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% Santé ».

TELECONSULTATION

Acte de télémédecine qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de pratiquer une consultation à distance pour un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation.

Pour être remboursée par le régime obligatoire de base, la téléconsultation doit être réalisée dans certaines conditions notamment pratiquée par un médecin libéral conventionné dans le respect du parcours de soins coordonnés.

TICKET MODERATEUR

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

TIERS PAYANT

Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par le régime de base obligatoire et/ou les assureurs complémentaires santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient.

Synonyme : dispense d'avance des frais

TITRE 10

TABLEAUX DES GARANTIES

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

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

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

REGIME HORS ALSACE -MOSELLE

NATURE DES RISQUES	Remboursements du régime de base	Remboursements Socle obligatoire conventionnel *	Remboursements Option 1**	Remboursements Option 2***
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux (y compris actes techniques et téléconsultation)				
Honoraires des généralistes adhérents au DPTM (1)	70% BR	30% BR	100% BR	130% BR
Honoraires des généralistes non adhérents au DPTM y compris non conventionnés (1)	70% BR	30% BR	80% BR	110% BR
Honoraires des spécialistes adhérents au DPTM (1)	70% BR	30% BR	100% BR	230% BR
Honoraires des spécialistes non adhérents au DPTM y compris non conventionnés (1)	70% BR	30% BR	80% BR	130% BR
Honoraires paramédicaux				
Analyses et examens de laboratoires (2)	60% ou 100% BR	40% ou 0% BR	40% ou 0% BR	40% ou 0% BR
Radiologie, électroradiologie, imagerie et ostéodensitométrie	70% BR	30% BR	30% BR	30% BR
Actes de prévention (3)	35% BR à 70% BR	65% BR à 30% BR	65% BR à 30% BR	65% BR à 30% BR
MEDICAMENTS				
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65% BR	35% BR	35% BR	35% BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	30% BR	70% BR	70% BR	70% BR
Médicaments à service médical rendu « faible »	15% BR	85% BR	85% BR	85% BR
Médicaments prescrits non remboursés	-	-	-	40€/an / bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés	-	-	-	40€/an / bénéficiaire
MATERIEL MEDICAL				
Fournitures médicales, pansements	60% BR	40% BR	40% BR	40% BR
Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses	60% BR à 100% BR	40% BR à 0% BR	40% BR à 0% BR	40% BR à 0% BR
Honoraires de médecines douces : Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étioopathie, microkinésithérapie	-	80€/an / bénéficiaire	80€/an / bénéficiaire	100€/an / bénéficiaire
HOSPITALISATION				
Hospitalisation (hors psychiatrie)				
Frais de séjour	80% ou 100% BR	20% ou 0% BR	20% ou 0% BR	20% ou 0% BR
Honoraires				
-Honoraires des Médecins adhérents au DPTM (1)	80% ou 100% BR	170% ou 150% BR	270% ou 250% BR	320% ou 300% BR
-Honoraires des Médecins non adhérents au DPTM y compris non conventionnés (1)	80% ou 100% BR	120% ou 100% BR	120% ou 100% BR	120% ou 100% BR
-Forfait actes lourds (4)	-	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait journalier hospitalier (5)	-	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière y compris en ambulatoire (max 90j/an/bénéficiaire)	-	25€/ jour	25€/ jour	50€/ jour pendant 60 jours 75€/jour dès le 61 ^{ème} jour
Frais de lit d'accompagnant (enfant moins de 16 ans) – max 60j/an/bénéficiaire	-	25€/ jour	25€/ jour	30€/ jour
Hospitalisation en psychiatrie				
Frais de séjour	80% BR ou 100% BR	20% ou 0% BR	20% ou 0% BR	20% ou 0% BR
Honoraires				
-Honoraires des médecins adhérents au DPTM (1)	80% BR ou 100% BR	20% ou 0% BR	20% ou 0% BR	220% ou 0% BR
-Honoraires des médecins non adhérents au DPTM y compris non conventionnés (1)	80% BR ou 100% BR	20% ou 0% BR	20% ou 0% BR	120% ou 0% BR
OPTIQUE				
		1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans (6)		
Equipement 100% Santé (7)				
- Monture de Classe A	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO	Frais réels - RO
- Verres de Classe A	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Suppléments optiques et prestations associés aux verres de Classe A	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Autres équipements				
Monture de Classe B	60% BR	100 € - RO	100 € - RO	100 € - RO
Verre unifocal simple de classe B (8)	60% BR	115 € - RO / Verre	140 € - RO / Verre	140 € - RO / Verre
Verre unifocal complexe de classe B (8)	60% BR	145 € - RO / Verre	170 € - RO / Verre	170 € - RO / Verre
Verres multifocal ou progressif complexe de classe B (8)	60% BR	190 € - RO / Verre	240 € - RO / Verre	240 € - RO / Verre
Verres multifocal ou progressif très complexe de classe B (8)	60% BR	240 € - RO / Verre	290 € - RO / Verre	290 € - RO / Verre
Prestation d'adaptation de la prescription (7)	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Supplément pour verre avec filtre pour des verres de Classe B (7)	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Lentilles remboursées par le régime de base	60% BR	395% BR + 200€/an/bénéficiaire	395% BR + 250€/an/bénéficiaire	395% BR + 250€/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	200€/an/bénéficiaire	250€/an/bénéficiaire	250€/an/bénéficiaire
Chirurgie de l'œil	-	-	150 € / oeil	300 € / oeil
DENTAIRE				
Soins et prothèses 100% Santé (9)(10)	70% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Soins (hors 100% Santé)	70% BR	30% BR	30% BR	30% BR

Inlay onlay (hors 100% santé) (10)	70% BR	30% BR	30% BR	30% BR
Prothèses (hors 100% santé)				
- prothèses à honoraires maîtrisés (10)	70% BR	140% BR + 300€/an/bénéficiaire	250% BR + 300€/an/bénéficiaire	320% BR + 300€/an/bénéficiaire
- prothèses à honoraires libres	70% BR	140% BR + 300€/an/bénéficiaire	250% BR + 300€/an/bénéficiaire	320% BR + 300€/an/bénéficiaire
Parodontologie	0% ou 70% BR	0% ou 30% BR	0% ou 30% BR	0% ou 30% BR + 200€
Orthodontie remboursée par le régime de base	70% BR ou 100% BR	130% ou 100% BR	180% ou 150% BR	280% ou 250% BR
Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	-	-	300€/an/bénéficiaire
Implantologie (hors couronne implantoportée)	-	-	-	500€/an
AIDES AUDITIVES (11)				
Equipements 100% Santé (Classe I) à compter du 1 ^{er} janvier 2020 (7)	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO	Frais réels - RO
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	40% BR	860 € / oreille /bénéficiaire /4 ans	860 € / oreille / bénéficiaire / 4 ans
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60% BR	40% BR	1460 € / oreille /bénéficiaire /4 ans	1460 € / oreille / bénéficiaire / 4 ans
DIVERS				
Prime de naissance (sur présentation de justificatifs)	-	200 €	200 €	200 €
Transport remboursé par le régime de base	65% BR ou 100% BR	35% BR ou 0% BR	35% BR ou 0% BR	35% BR ou 0% BR
Transport pour hospitalisation de jour	65% BR ou 100% BR	35% BR ou 0% BR	35% BR ou 0% BR	35% BR ou 0% BR + 150€ /an /bénéficiaire

* hors remboursements du régime de base

** hors remboursements du régime de base y compris socle

*** hors remboursements du régime de base y compris socle et option 1

(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 des garanties prévoit un remboursement différent.

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

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

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

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

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

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

(8) verres unifocaux simples de Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries

verres unifocaux complexes de Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries

verres multifocaux ou progressifs complexes de Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 8 dioptries

verres multifocaux ou progressifs très complexes de Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S > 8 dioptries

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

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

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

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

REGIME ALSACE-MOSELLE

NATURE DES RISQUES	Remboursements du régime de base	Remboursements Socle obligatoire conventionnel *	Remboursements Option 1**	Remboursements Option 2***
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux (y compris actes techniques et téléconsultation)				
Honoraires des généralistes adhérents au DPTM (1)	90% BR	10% BR	80% BR	110% BR
Honoraires des généralistes non adhérents au DPTM y compris non conventionnés (1)	90% BR	10% BR	60% BR	90% BR
Honoraires des spécialistes adhérents au DPTM (1)	90% BR	10% BR	80% BR	210% BR
Honoraires des spécialistes non adhérents au DPTM y compris non conventionnés (1)	90% BR	10% BR	60% BR	110% BR
Honoraires paramédicaux	90% BR	10% BR	10% BR	10% BR
Analyses et examens de laboratoires (2)	90% ou 100% BR	10% ou 0% BR	10% ou 0% BR	10% ou 0% BR
Radiologie, électroradiologie, imagerie et ostéodensitométrie	90% BR	10% BR	10% BR	10% BR
Actes de prévention (3)	35% BR à 90% BR	65% BR à 10% BR	65% BR à 10% BR	65% BR à 10% BR
MEDICAMENTS				
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	90% BR	10% BR	10% BR	10% BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	80% BR	20% BR	20% BR	20% BR
Médicaments à service médical rendu « faible »	15% BR	85% BR	85% BR	85% BR
Médicaments prescrits non remboursés	-	-	-	40€ /an /bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés	-	-	-	40€ /an /bénéficiaire
MATERIEL MEDICAL				
Fournitures médicales, pansements	90% BR	10% BR	10% BR	10% BR
Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses	90% BR à 100% BR	10% BR à 0% BR	10% BR ou 0% BR	10% BR ou 0% BR
Honoraires de médecines douces : Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, microkinésithérapie	-	80€ /an / bénéficiaire	80€ /an / bénéficiaire	100€ /an / bénéficiaire
HOSPITALISATION				
Hospitalisation (hors psychiatrie)				
Frais de séjour	100% BR	-	-	-
Honoraires				
-Honoraires des Médecins adhérents au DPTM (1)	100% BR	150% BR	250% BR	300% BR
-Honoraires des Médecins non adhérents au DPTM y compris non conventionnés (1)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
-Forfait actes lourds (4)	100% FR	-	-	-
Forfait journalier hospitalier (5)	100% FR	-	-	-
Chambre particulière y compris en ambulatoire (max 90j/an/bénéficiaire)	-	25€ / jour	25€ / jour	50€ / jour pendant 60 jours 75€ /jour dès le 61 ^{ème} jour
Frais de lit d'accompagnant (enfant moins de 16 ans) – max 60j/an/bénéficiaire	-	25€ / jour	25€ / jour	30€ / jour
Hospitalisation en psychiatrie				
Frais de séjour	100% BR	-	-	-
Honoraires				
-Honoraires des médecins adhérents au DPTM (1)	100% BR	-	-	200% BR
-Honoraires des médecins non adhérents au DPTM y compris non conventionnés (1)	100% BR	-	-	100% BR
Forfait journalier hospitalier (5)	100% FR	-	-	-
OPTIQUE				
		1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans (6)		
Equipelement 100% Santé (7)				
- Monture de Classe A	90% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO	Frais réels - RO
- Verres de Classe A	90% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Suppléments optiques et prestations associés aux verres de Classe A	90% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Autres équipements				
Monture de Classe B	90% BR	100 € - RO	100 € - RO	100 € - RO
Verre unifocal simple de classe B (8)	90% BR	115 € - RO / Verre	140 € - RO / Verre	140 € - RO / Verre
Verre unifocal complexe de classe B (8)	90% BR	145 € - RO / Verre	170 € - RO / Verre	170 € - RO / Verre
Verres multifocal ou progressif complexe de classe B (8)	90% BR	190 € - RO / Verre	240 € - RO / Verre	240 € - RO / Verre
Verres multifocal ou progressif très complexe de classe B (8)	90% BR	240 € - RO / Verre	290 € - RO / Verre	290 € - RO / Verre
Prestation d'adaptation de la prescription (7)	90% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Supplément pour verre avec filtre pour des verres de Classe B (7)	90% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Lentilles remboursées par le régime de base	90% BR	365% BR + 200€/an/bénéficiaire	395% BR + 250€/an/bénéficiaire	395% BR + 250€/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	200€/an/bénéficiaire	250€/an/bénéficiaire	250€/an/bénéficiaire
Chirurgie de l'œil	-	-	150 € / oeil	300 € / oeil
DENTAIRE				

Soins et prothèses 100% Santé (9)(10)	90% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Soins (hors 100% Santé)	90% BR	10% BR	10% BR	10% BR
Inlay onlay (hors 100% santé) (10)	90% BR	10% BR	10% BR	10% BR
Prothèses (hors 100% santé)				
- prothèses à honoraires maîtrisés (10)	90% BR	120% BR + 300€/an/bénéficiaire	230% BR + 300€/an/bénéficiaire	300% BR + 300€/an/bénéficiaire
- prothèses à honoraires libres	90% BR	120% BR + 300€/an/bénéficiaire	230% BR + 300€/an/bénéficiaire	300% BR + 300€/an/bénéficiaire
Parodontologie	0% ou 90% BR	0% ou 10% BR	0% ou 10% BR	0% ou 10% BR + 200€
Orthodontie remboursée par le régime de base	90% BR ou 100% BR	110% ou 100% BR	160% ou 150% BR	260% ou 250% BR
Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	-	-	300€/an/bénéficiaire
Implantologie (hors couronne implantoportée)	-	-	-	500€/an
AIDES AUDITIVES (11)				
Equipements 100% Santé (Classe I) à compter du 1 ^{er} janvier 2020 (7)	90% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	90% BR	10% BR	440 € / oreille / bénéficiaire / 4 ans	440 € / oreille / bénéficiaire / 4 ans
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	90% BR	10% BR	1340 € / oreille / bénéficiaire / 4 ans	1340 € / oreille / bénéficiaire / 4 ans
DIVERS				
Prime de naissance (sur présentation de justificatifs)	-	200 €	200 €	200 €
Transport remboursé par le régime de base	100% BR	-	-	-
Transport pour hospitalisation de jour	100% BR	-	-	150€/an/bénéficiaire

* hors remboursements du régime de base

** hors remboursements du régime de base y compris socle

*** hors remboursements du régime de base y compris socle et option 1

(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 des garanties prévoit un remboursement différent.

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

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

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

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

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

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

(8) verres unifocaux simples de Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries

- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries

- verre unifocal sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries

verres unifocaux complexes de Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries

- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries

- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie

- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries

verres multifocaux ou progressifs complexes de Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 8 dioptries

verres multifocaux ou progressifs très complexes de Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S > 8 dioptries

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

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

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

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

TITRE 11

GARANTIE ASSISTANCE

La garantie assistance est assurée par : MUTUAIDE ASSISTANCE.

Services complémentaires couverts par MUTUAIDE ASSISTANCE	GARANTIE CONVENTIONNELLE	OPTION1/OPTION2
■ Aide à la vie quotidienne		
Permanences médicales, informations pratiques par téléphone	inclus	inclus
Information et organisation de téléassistance	inclus	inclus
■ En cas d'immobilisation imprévue du bénéficiaire à domicile		
	immobilisation d'au moins 8 jours	immobilisation d'au moins 5 jours
Garde des enfants mineurs de moins de 16 ans ; assistance maternelle ; <i>ou organisation et prise en charge de la venue d'un proche ; ou organisation et prise en charge du transfert des enfants chez un proche</i>	plafond : 20 heures	plafond : 30 heures
Garde des ascendants ; recherche et prise en charge d'une personne qualifiée ; <i>ou organisation et prise en charge de la venue d'un proche ; ou organisation et prise en charge du transfert des ascendants chez un proche</i>	plafond : 20 heures	plafond : 30 heures
Aide-ménagère	plafond : 20 heures	plafond : 30 heures
Garde des animaux domestiques	plafond : 100 €	plafond : 150 €
Organisation de la venue d'un proche	inclus	inclus
■ En cas d'hospitalisation imprévue d'un bénéficiaire		
	hospitalisation d'au moins 3 jours	hospitalisation d'au moins 2 jours
Réservation d'un lit en milieu hospitalier	inclus	inclus
Garde des enfants mineurs de moins de 16 ans ; assistance maternelle ; <i>ou organisation et prise en charge de la venue d'un proche ; ou organisation et prise en charge du transfert des enfants chez un proche</i>	plafond : 20 heures	plafond : 30 heures
Garde des ascendants ; recherche et prise en charge d'une personne qualifiée ; <i>ou organisation et prise en charge de la venue d'un proche ; ou organisation et prise en charge du transfert des ascendants chez un proche</i>	plafond : 20 heures	plafond : 30 heures
Aide-ménagère	plafond : 20 heures	plafond : 30 heures
Garde des animaux domestiques	plafond : 100 €	plafond : 150 €
Transmission de messages urgents	inclus	inclus
Soutien psychologique	4 entretiens	6 entretiens

Services complémentaires couverts par MUTUAIDE ASSISTANCE	GARANTIE CONVENTIONNELLE	OPTION1/OPTION2
■ Assistance en cas de maladie imprévue d'un enfant suite à un accident corporel ou à une maladie non chronique nécessitant alitement		
	d'au moins 5 jours	d'au moins 3 jours
Garde d'enfant malade	plafond 10 heures par jour – maximum 2 fois par an et par enfant	plafond 10 heures par jour – maximum 2 fois par an et par enfant
Répétiteur scolaire	plafond 10 heures par semaine maximum 3 mois	Plafond 10 heures par semaine si nécessaire jusqu'à la fin de l'année scolaire
■ Assistance en cas de décès d'un bénéficiaire		
Aide à domicile en cas de décès pour effectuer les formalités administratives	plafond : 8 heures	plafond : 12 heures
Rapatriement de corps si décès à plus de 50 km du domicile	plafond : 3000 €	plafond : 6000 €
Garde des enfants mineurs de moins de 16 ans ; assistance maternelle ; <i>ou organisation et prise en charge de la venue d'un proche ; ou organisation et prise en charge du transfert des enfants chez un proche</i>	plafond : 20 heures	plafond : 30 heures
Garde des ascendants ; recherche et prise en charge d'une personne qualifiée ; <i>ou organisation et prise en charge de la venue d'un proche ; ou organisation et prise en charge du transfert des ascendants chez un proche</i>	plafond : 20 heures	plafond : 30 heures
Aide ménagère pour le conjoint survivant	plafond : 20 heures	plafond : 30 heures
Garde des animaux domestiques	plafond : 100 €	plafond : 150 €
Soutien psychologique	4 entretiens	6 entretiens
■ Assistance en cas de longue maladie d'un parent ; décès d'un parent ; mise en œuvre de la garantie répétiteur scolaire pour plus de 3 mois ; divorce des parents entraînant le redoublement de l'enfant		
	Bilan orientation scolaire de l'enfant	Bilan orientation scolaire de l'enfant
■ Assistance en cas de déplacement professionnel		
		Rapatriement médical (illimité)
		Rapatriement de corps
		Venue d'un collaborateur de remplacement



ARTICLE 11.1 Conditions Générales de la garantie Assistance

Article 1^{er} – 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 :

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

2. Bénéficiaires

- les salariés couverts par la garantie frais de santé des entreprises relevant de l'Accord du 2 février 2011 des Caves Coopératives Vinicoles et de leurs unions ;
- leurs ayants droit tels que définis à l'Annexe 1 de la Notice d'Information.

3. Début et fin de la garantie

La garantie entre en vigueur dès l'affiliation du salarié à la garantie Frais de santé. Elle cesse tous ses effets en cas de cessation 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 au domicile du bénéficiaire à la suite d'une hospitalisation ou d'une immobilisation au domicile.

Domicile

Le lieu de résidence principal et habituel du bénéficiaire en France Métropolitaine, Principautés d'Andorre ou de Monaco, ou dans les DROM et figurant sur la déclaration d'impôts sur le revenu.

Événements garantis

Pour l'assistance Santé :

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

Pour l'assistance aux personnes en déplacement :

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

Hospitalisation

Séjour d'une durée égale ou supérieure à 48 heures dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical 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 empêche le bénéficiaire d'exercer son 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 le bénéficiaire, domiciliée :

- en France métropolitaine, principautés d'Andorre ou de Monaco si le bénéficiaire est domicilié en France métropolitaine, principautés d'Andorre ou de Monaco ;
- dans le même DROM que l'assuré si le bénéficiaire est 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. Etendue territoriale de la garantie

Pour l'assistance Santé :

- au domicile du bénéficiaire situé en France métropolitaine, principautés d'Andorre ou de Monaco ou dans les DROM.

Pour l'assistance aux personnes en déplacement :

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

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

—

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, le bénéficiaire ou son représentant doit contacter MUTUAIDE ASSISTANCE préalablement à toute intervention. Lors du premier appel, un numéro de dossier d'assistance lui sera communiqué. Il devra le rappeler systématiquement lors de toutes relations ultérieures avec le service assistance.

Pour contacter MUTUAIDE ASSISTANCE 7 jours sur 7, 24 heures sur 24

De France

Par téléphone 01 55 98 57 60 33 1 55 98 57 60

précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international

Par fax 01 45 16 63 92 33 1 45 16 63 92

Ou

Ou

01 45 16 63 94 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 l'état de santé et de l'environnement familial du bénéficiaire.

Les garanties d'assistance n'ont vocation à s'appliquer que dans les cas où l'entourage du bénéficiaire ne peut lui apporter l'aide requise par les circonstances.

Éléments à communiquer

Le bénéficiaire ou son représentant doit fournir les informations suivantes lors de chaque appel :

- l'identifiant du contrat ;
- son nom et prénom ;
- son numéro de Sécurité sociale ;
- l'adresse de son domicile ;
- le cas échéant, 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

94368 Bry-sur-Marne Cedex

Contrôle

Pour ouvrir droit au bénéfice d'une prestation, MUTUAIDE ASSISTANCE peut demander au bénéficiaire de justifier de la qualité invoquée et de produire, à ses 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 le bénéficiaire séjourne et/ou nationales de son 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.113-1 du 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 90^{ème} 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 DOM ;
- 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.

9 - TRAITEMENT DES RECLAMATIONS

En cas de désaccord ou de mécontentement sur la mise en œuvre des garanties d'assistance du contrat par l'assuré, nous l'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 l'assuré obtient ne lui donne pas satisfaction, il peut adresser un courrier à :

MUTUAIDE Assistance
Service Qualité Clients

8-14 avenue des Frères Lumière
94368 BRY SUR MARNE cedex

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

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

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110

75441 PARIS cedex 09

10- 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 8/14 Avenue des Frères Lumière - 94368 BRY SUR MARNE Cedex.

Article 2 – Descriptif des prestations

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

MUTUAIDE ASSISTANCE recherche les informations pratiques à caractère documentaire destinées à orienter le bénéficiaire 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 24 h/24 qui organisera 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 immobilisé au domicile pour une durée égale ou supérieure à 10 jours.

MUTUAIDE ASSISTANCE organise une aide psychologique en mettant le bénéficiaire 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 des enfants du bénéficiaire doit garder la chambre pour une durée minimale de 3 jours consécutifs et le bénéficiaire ne peut 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 au domicile pour garder l'enfant, et ce, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales.

3. Assistance en cas d'hospitalisation (prévue ou imprévue)

Les prestations d'assistance détaillées ci-dessous sont acquises aux bénéficiaire **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

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 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

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 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 sont acquises aux bénéficiaires :

- 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 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.

Aide-ménagère

Le bénéficiaire est immobilisé au domicile et dans l'impossibilité de remplir ses 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

Le bénéficiaire 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 son domicile (comprenant un ou deux repas) selon les conditions prévues au tableau des prestations de la garantie Assistance.

Le coût des repas reste à la charge du bénéficiaire.

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

Recherche et livraison de médicaments

Le bénéficiaire est immobilisé au domicile et n'êtes pas en mesure d'aller acheter ses 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 son traitement.

Le coût des médicaments reste à la charge du bénéficiaire.

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

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 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 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 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. Le bénéficiaire doit 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 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 dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, le bénéficiaire s'engage à lui reverser les remboursements obtenus des organismes sociaux et de prévoyance dans un délai de 3 mois à compter du jour de l'avance.

Les sommes avancées par MUTUAIDE ASSISTANCE sont dans tous les cas remboursables et exigibles dès le retour du bénéficiaire dans son pays de domicile 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.

TITRE 12

RESEAU DE SOINS

Carte Blanche est un réseau ouvert à tous les opticiens.

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

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

Les garanties des opticiens partenaires du Réseau Carte Blanche :

- Casse verres et monture de 2 ans (avec une franchise limitée à 40%)
- Adaptation verres unifocaux et multifocaux de 6 mois
- Traitement antireflet de 2 ans
- Adaptation et déchirure lentilles 3 mois. Les tarifs des verres pour les bénéficiaires Carte Blanche sont de 35% à 40% inférieurs aux prix du marché.

L'offre Carte Blanche – Prysme

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

Le réseau optique Carte Blanche en quelques chiffres (au 1er août 2016) :

- - 7 777 opticiens partenaires
- dont environ 2 400 opticiens experts (équipements spécifiques)
- et 74 opticiens experts Basse Vision



CCPMA PRÉVOYANCE – Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, 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 -
401 679 840 00033 - 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