



Groupama
la vraie vie s'assure ici

CAVES
COOPERATIVES
VINICOLES ET LEURS
UNIONS

SALARIÉS

NOTICE D'INFORMATION

**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 : garantie frais de santé	7
ARTICLE 2.2	Groupe assuré	7
ARTICLE 2.3	Durée	7
ARTICLE 2.4	Organismes assureurs	7
ARTICLE 2.5	Délégation de gestion	8
ARTICLE 2.6	Garantie assistance	8
ARTICLE 2.7	Réseau de soins	8
ARTICLE 2.8	Articulation du contrat	8
ARTICLE 2.9	Prescription	8
ARTICLE 2.10	Protection des données à caractère personnel	8
ARTICLE 2.11	Réclamation - Médiation	9
ARTICLE 2.12	Fausse déclaration	9
ARTICLE 2.13	Recours contre tiers responsable	9
ARTICLE 2.14	Bénéficiaires	10
ARTICLE 2.15	Vos obligations	10
ARTICLE 2.16	Obligations de votre employeur	10
ARTICLE 2.17	Restitution de l'indû	10
ARTICLE 2.18	Loi applicable et juridiction	10
ARTICLE 2.19	Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	10

TITRE 3	GARANTIE CONVENTIONNELLE	11
	ARTICLE 3.1 Affiliation et prise d'effet des garanties	11
TITRE 4	GARANTIES OPTIONNELLES PROPOSÉES À L'ENTREPRISE	13
	ARTICLE 4.1 Adhésion de l'entreprise à l'« Option 1 » ou l'« Option 2 » et/ou à l'extension famille	13
	ARTICLE 4.2 Affiliation à l'« Option 1 » ou l'« Option 2 » et/ou à l'extension famille	13
TITRE 5	GARANTIES OPTIONNELLES PROPOSÉES AU SALARIÉ	15
	ARTICLE 5.1 Affiliation	15
	ARTICLE 5.2 Modalités de résiliation de l'« Option 1 » ou « Option 2 » et/ou de l'extension famille	16
	ARTICLE 5.3 Cotisations	16
	ARTICLE 5.4 Révision	16
TITRE 6	COTISATIONS	17
	ARTICLE 6.1 Structure tarifaire	17
	ARTICLE 6.2 Montant des cotisations	17
TITRE 7	DISPOSITIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DES GARANTIES	18
	ARTICLE 7.1 Entrée en vigueur des garanties	18
	ARTICLE 7.2 Montant des garanties	18
	ARTICLE 7.3 Règlement des prestations	19
	ARTICLE 7.4 Limites et exclusions de la garantie frais de santé	20
	ARTICLE 7.5 Etendue territoriale de la garantie frais de santé	20
	ARTICLE 7.6 Contrôle des prestations	20
	ARTICLE 7.7 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail	20
	ARTICLE 7.8 Cessation de l'affiliation	21

ARTICLE 7.9	Cessation des garanties	21
ARTICLE 7.10	Maintien sous forme de contrat individuel	21
TITRE 8	PORTABILITÉ DES DROITS	22
ARTICLE 8.1	Bénéficiaire	22
ARTICLE 8.2	Ouverture et durée des droits à portabilité	22
ARTICLE 8.3	Obligation de votre entreprise	22
ARTICLE 8.4	Vos obligations	23
ARTICLE 8.5	Prestations	23
ARTICLE 8.6	Cessation de la portabilité	23
TITRE 9	DÉFINITIONS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	24
ARTICLE 9.1	Définitions des ayants droit intervenant au contrat	24
ARTICLE 9.2	Définitions des termes propres au contrat	25
TITRE 10	TABLEAU DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	28
ARTICLE 10.1	Exemples de remboursements	32
TITRE 11	LA GARANTIE « ASSISTANCE »	39
ARTICLE 11.1	Conditions Générales de la garantie Assistance	42
TITRE 12	LE RÉSEAU DE SOINS	50
ARTICLE 12.1	GARANTIES DANS LES RESEAUX OPTIQUE ET DENTAIRE « SEVEANE »	50
ARTICLE 12.2	DISPOSITIONS GENERALES DE LA GARANTIE CASSE ET REPARATION DES PROTHESES DENTAIRES	52

PRÉAMBULE



Les partenaires sociaux des Caves Coopératives Vinicoles et leurs unions ont instauré, le 02 février 2011, un régime conventionnel de remboursement complémentaire de frais de santé afin que tous les salariés de la branche puissent bénéficier d'un régime frais de santé.

Vous bénéficiez ainsi auprès de CCPMA PREVOYANCE d'un contrat collectif obligatoire souscrit par votre employeur et vous garantissant un régime frais de santé en complément du régime de Sécurité sociale pour vous et, éventuellement, vos ayants droit.

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 1er janvier 2020, les partenaires sociaux ont souhaité réviser ledit Accord et l'adapter aux nouvelles obligations légales et réglementaires respectant l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables.

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 étendre la couverture aux ayants droit via l'extension familiale.

La présente Notice d'information, remis par votre employeur, constitue un descriptif des garanties dont vous bénéficiez au titre de ce contrat et de leurs modalités d'application.

Si vous souhaitez des précisions sur vos garanties, nous vous invitons à vous rapprocher de votre service du personnel.

IMPORTANT

CE DOCUMENT EST
À COMPLÉTER ET À SIGNER
PAR LE SALARIÉ, PUIS À RE-
METTRE À VOTRE SERVICE
DU PERSONNEL.

ATTESTATION DE RÉCEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

reconnais avoir reçu la Notice d'information du contrat :

.....

Votre entreprise doit conserver la preuve de la remise de la Notice d'information à ses salariés (cf. article "Obligation de l'entreprise adhérente" des Conditions générales).

RÉSERVÉ AU SALARIÉ

À

Le

Signature

TITRE 2

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 2.1

Objet du contrat : garantie frais de santé

Le présent contrat collectif, souscrit par votre employeur, est une assurance complémentaire frais de santé qui vous garantit, dans les conditions exposées ci-après, **le remboursement total ou partiel des dépenses de santé** engagées pour votre compte en complétant acte par acte les prestations versées par le régime de base obligatoire, **dans la limite des frais réellement engagés**.

Ce contrat, qui est régi par le LIVRE IX du Code de la Sécurité sociale, satisfait aux conditions exigées par les Pouvoirs Publics pour répondre aux définitions de « **contrat solidaire** » et « **contrat responsable** ».

Ce contrat prévoit également des prestations d'assistance, à destination des assurés, pour couvrir les conséquences d'une maladie, d'un accident ou d'un décès.

Il met à disposition des salariés couverts les services proposés par les réseaux de soins Sévéane.

ARTICLE 2.2

Groupe assuré

Vous bénéficiez de la garantie frais de santé dès lors que vous êtes salarié d'une entreprise relevant de l'accord du 2 février 2011 et de ses avenants.

ARTICLE 2.3

Durée

Le contrat souscrit par votre employeur expire le 31 décembre de l'année en cours et se renouvelle ensuite par tacite reconduction, le 1^{er} janvier de chaque année civile, sauf résiliation par votre employeur ou par CCPMA PREVOYANCE.

ARTICLE 2.4

Organismes assureurs

Les garanties du contrat sont assurées par :

- **CCPMA PREVOYANCE**, sise 21 rue de la Bienfaisance - 75382 Paris Cedex 08, Institution de prévoyance, régie par le Code de la Sécurité sociale, 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 Prudentiel 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 2.5

Délégation de gestion

La gestion :

- du paiement des prestations frais de santé.

afférente au présent contrat est déléguée à la Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricole dont relèvent les participants.

ARTICLE 2.6

Garantie assistance

Vous bénéficiez d'une garantie assistance proposée par Mutuaide Assistance et définie au Titre « la garantie assistance » de la présente notice d'information.

ARTICLE 2.7

Réseau de soins

Vous bénéficiez des services proposés par le réseau de soins **Sévéane**, 8/10 Rue d'Astorg - 75008 Paris défini au Titre "Réseau de soins" de la présente notice d'information.

ARTICLE 2.8

Articulation du contrat

Le contrat s'articule autour d'une garantie conventionnelle à laquelle peuvent s'adosser des garanties optionnelles (« Option1 » ou « Option2 » et/ou « extension famille ») détaillées aux titres 4 et 5 de la présente Notice :

- **Garantie conventionnelle** : elle correspond au niveau de base de la garantie définie par l'Accord du 2 février 2011 et ses avenants. Elle est obligatoire pour l'ensemble des salariés des entreprises adhérentes sans condition d'ancienneté.

ARTICLE 2.9

Prescription

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

- par deux ans en ce qui concerne l'appel de cotisations,
- par deux ans en ce qui concerne 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 ignorée jusque-là.

Quand l'action de l'entreprise, du salarié, 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 2.10

Protection des données à caractère personnel

Un traitement de vos données à caractère personnel sera mis en oeuvre dans le cadre du présent contrat. L'Institution 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 données d'identification vous concernant et, s'il y a lieu, ceux de vos ayants droit et de vos bénéficiaires (numéro de Sécurité sociale, civilité, nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse postale, numéro de téléphone, e-mail) ;
- les données relatives à votre situation professionnelle ;
- les données relatives aux décomptes des frais médicaux et de soins ;

- dans le respect du secret médical, les données santé que vous êtes susceptibles de communiquer au Médecin conseil de l'Institution ;
- les données bancaires ;
- le cas échéant, le numéro d'identification de votre 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 déshérence ;
- la gestion de votre 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.

Vos 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.

Vos 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 oeuvre.

Vous disposez 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 vos données.

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

Vous pouvez exercer leurs droits en s'adressant au Délégué à la Protection des données par courrier électronique à l'adresse : dpo.blf@goupagric.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 2.11

Réclamation - Médiation

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

- soit par courrier au siège de CCPMA PREVOYANCE, service Réclamations, 21, rue de la Bienfaisance 75 382 PARIS Cedex 08 ;
- soit par courriel sur le site Internet du Groupe AGRICA (www.groupagric.com) en cliquant sur la rubrique « Une question, contactez-nous » puis, en précisant le sujet de votre demande « Faire une réclamation ».

Afin que votre demande soit traitée dans les plus brefs délais, vous devez communiquer

- votre code client ;
- le domaine concerné (santé).

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

Par la suite, vous pouvez présenter un recours 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 2.12

Fausse déclaration

Les déclarations faites tant par votre employeur que par vous-même servent de base aux garanties.

CCPMA PREVOYANCE ou le délégué de gestion, le cas échéant, 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 CCPMA PREVOYANCE.



ARTICLE 2.13

Recours contre tiers responsable

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, CCPMA PREVOYANCE 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 le nom de CCPMA PREVOYANCE et/ou le nom du délégataire de gestion, le cas échéant, en tant que tiers payeurs.

ARTICLE 2.14 Bénéficiaires

Les bénéficiaires des garanties frais de santé sont les suivants :

1. **vous-même en tant que salarié,**
2. **Vos ayants droit définis au Titre « Définitions » de la présente Notice d'information, sous réserve que vous ou votre employeur ayez demandé « l'extension famille » de votre assurance complémentaire frais de santé.**

ARTICLE 2.15 Vos obligations

Vous vous obligez :

- à accepter le précompte des cotisations obligatoires, et le cas échéant, des cotisations facultatives dues au titre du renforcement des garanties santé sur votre bulletin de paie ;
- à fournir à CCPMA PREVOYANCE ou au délégataire de gestion, le cas échéant, les renseignements nécessaires à l'établissement de vos droits et obligations, soit par l'intermédiaire de votre employeur, soit directement en cas de maintien des garanties sous forme de contrat individuel dans les conditions prévues à l'article « Maintien sous forme de contrat individuel » de la présente notice d'information ;
- le cas échéant, à transmettre à votre employeur, ou à CCPMA PREVOYANCE ou au délégataire de gestion, le cas échéant, le bulletin d'affiliation santé dûment complété et signé, accompagné des pièces justificatives;
- à retourner tous justificatifs demandés par CCPMA PREVOYANCE afin de vérifier la persistance des droits.

ARTICLE 2.16 Obligations de votre employeur

Votre employeur doit vous remettre la présente notice d'information établie par CCPMA PREVOYANCE, décrivant vos garanties. Il doit également vous informer de toute évolution de celles-ci.

ARTICLE 2.17 Restitution de l'indû

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 2.18 Loi applicable et juridiction

Le contrat souscrit par votre employeur 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 dudit contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

La langue française est utilisée pour ce contrat.

ARTICLE 2.19 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 L561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Dans ce cadre, CCPMA PREVOYANCE se réserve le droit de demander tout justificatif relatif à votre identité.

TITRE 3

GARANTIE CONVENTIONNELLE



ARTICLE 3.1

Affiliation et prise d'effet des garanties

3.1.1 Principe

Vous devez être obligatoirement affilié au contrat collectif correspondant à l'assurance complémentaire frais de santé mise en place par les partenaires sociaux signataires de l'Accord du 2 février 2011, dès lors que vous êtes présent dans une entreprise adhérente.

Votre affiliation et votre admission à ce contrat collectif prend effet :

- à la date de prise d'effet de l'adhésion de votre entreprise au contrat, lorsque vous êtes inscrit sur les registres du personnel et que vous faites partie du groupe assuré ;
- à compter du 1^{er} jour de votre embauche, lorsque vous êtes engagé postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion de votre entreprise au contrat.

Aucun délai de carence n'est prévu, vous êtes donc couvert par la garantie dès le premier jour de prise d'effet de votre affiliation.

Dans tous les cas, vous devez remplir l'imprimé « Bulletin d'affiliation ». Ce bulletin, dûment complété et signé, doit être envoyé par votre employeur à CCPMA PREVOYANCE avec les pièces justificatives.

3.1.2 Dérogation : cas de dispense d'affiliation

Par dérogation au principe d'affiliation obligatoire, et sans préjudice des cas de dispenses d'ordre public, vous pouvez choisir de ne pas être affilié aux garanties mises en place à titre obligatoire dans l'entreprise dès lors que vous vous trouvez dans l'une des six situations suivantes :

- si vous bénéficiez de la CMU-Complémentaire (couverture maladie universelle –complémentaire), et ce, temporairement jusqu'à la date à laquelle vous cessez de bénéficier de cette couverture ;
- si vous bénéficiez de l'ACS (aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du Code de la Sécurité sociale), et ce, temporairement jusqu'à la date à laquelle vous cessez de bénéficier de cette aide ;
- si vous êtes travailleur saisonnier ou salarié sous contrat à durée déterminée d'une durée supérieure à douze mois et à condition de justifier d'une couverture santé souscrite par ailleurs. En revanche, si vous êtes travailleur saisonnier ou salarié sous contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à douze mois, vous n'avez pas à fournir de justificatif ;
- si vous bénéficiez d'une couverture complémentaire santé obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément ;
- si vous êtes salarié à temps très partiel, n'ayant qu'un seul employeur, dès lors que la cotisation à votre charge est supérieure ou égale à 10% de votre rémunération brute ;
- si vous bénéficiez à la date d'entrée en vigueur des garanties d'une assurance complémentaire frais de santé, en qualité d'ayant droit de votre conjoint, concubin ou cocontractant d'un PACS, 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, de cessation de régime obligatoire ou à la demande du salarié.

La mise en oeuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur **demande écrite de votre part, adressée à votre employeur.**

Vous devez par ailleurs indiquer dans votre demande de dispense que votre employeur vous a préalablement informé des conséquences de votre choix, à savoir que vous n'êtes pas redevable de la cotisation pendant la période de dispense mais également que vous ne pouvez pas bénéficier des prestations ni du droit à portabilité.

Pour ce faire, vous devez compléter le formulaire type mis à votre disposition par votre employeur prenant la forme d'une déclaration sur l'honneur indiquant notamment que vous reconnaissez avoir été informé en bonne et due forme.

Si vous ne remplissez plus les conditions requises à la dispense d'affiliation, vous devez en informer votre employeur. Vous serez alors obligatoirement affilié à ce contrat à compter du premier jour du mois civil suivant.

AFFILIATION AUX OPTIONS FACULTATIVES

Vous avez la possibilité d'améliorer votre niveau de couverture en souscrivant à une option.

L'affiliation à l'option prend effet :

- à la date de prise d'effet de votre affiliation au présent contrat si votre demande intervient simultanément ;
- à une date ultérieure, le 1^{er} jour du mois civil qui suit votre demande.

Vous pouvez étendre l'option à vos ayants droit sous réserve qu'ils bénéficient déjà de la garantie frais de santé :

- soit simultanément à votre affiliation : l'affiliation de vos ayants droit prend alors effet à la date de prise d'effet de votre affiliation ;
- soit postérieurement, à tout moment : l'affiliation de vos ayants droit prend alors effet au 1^{er} jour du mois civil qui suit votre demande.

La cotisation correspondant à l'option choisie est prélevée sur votre bulletin de salaire.

Vous avez la faculté de dénoncer cette garantie optionnelle annuellement, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à CCPMA PREVOYANCE ou au délégataire de gestion, le cas échéant, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La dénonciation prend alors effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

En cas de dénonciation, toute nouvelle demande d'affiliation à une option ne peut intervenir au plus tôt qu'à l'expiration d'un délai de deux ans.

Votre demande doit être formalisée par un bulletin d'affiliation ou de modification, que vous devez compléter et signer, et remettre à CCPMA PREVOYANCE soit directement, soit par le biais de votre employeur, ou le cas échéant, au délégataire de gestion.

TITRE 4

GARANTIES OPTIONNELLES PROPOSÉES À L'ENTREPRISE

ARTICLE 4.1

Adhésion de l'entreprise à l'« Option 1 » ou l'« Option 2 » et/ou à l'extension famille

1- Votre employeur a choisi d'améliorer la garantie conventionnelle de votre complémentaire santé par la souscription de l'« Option 1 » ou l'« Option 2 »

Ce niveau optionnel constitue une couverture « sur-complémentaire », dont le détail des garanties figure au Titre « Tableau des garanties frais de santé » 2 de la présente Notice.

2- Votre employeur a choisi d'étendre le niveau de votre complémentaire santé à vos ayants droit, définis au Titre « Définitions » de la présente Notice, par la souscription de « l'extension famille ».

L'« Option 1 » ou l'« Option 2 » et/ou « l'extension famille » dès lors qu'elles sont souscrites par votre employeur, sont à adhésion obligatoire, et valent pour le groupe assuré.

Votre employeur a la faculté de revoir le niveau de couverture chaque année. Votre employeur a également la possibilité de résilier l'« Option 1 » ou l'« Option 2 » et/ou « l'extension famille » en cours d'année, en cas de modification apportée à ces garanties optionnelles par CCPMA PREVOYANCE.

ARTICLE 4.2

Affiliation à l'« Option 1 » ou l'« Option 2 » et/ou à l'extension famille

Si votre entreprise a souscrit à l'« Option 1 » ou l'« Option 2 » et/ou à « l'extension famille », vous devez obligatoirement être affilié à ce niveau et/ou cette extension sous réserve que vous n'ayez pas demandé de dispense d'affiliation.

Votre affiliation à l'« Option 1 » ou l'« Option 2 » et/ou à « l'extension famille » est effectuée par CCPMA PREVOYANCE dès que vous remplissez les conditions d'affiliation.

Votre Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricole vous adressera une nouvelle carte papier indiquant vos nouveaux droits. Vous devrez également mettre votre carte Vitale à jour.

Si l'extension famille est souscrite, vos ayants droits sont couverts par le niveau de garantie dont vous bénéficiez.

Votre affiliation et admission dans l'assurance prennent effet :

- à la date de prise d'effet de l'adhésion de votre entreprise à l'« Option 1 » ou l'« Option 2 » et/ou à « l'extension famille », lorsque vous êtes inscrit sur les registres du personnel à cette date et que vous faites partie du groupe assuré ;
- à compter du 1^{er} jour du mois civil au cours duquel vous remplissez les conditions nécessaires pour entrer dans le groupe assuré, notamment lorsque vous êtes engagé postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion de votre entreprise à l'« Option 1 » ou l'« Option 2 » et/ou à « l'extension famille » ;
- à la date de survenance de l'événement en cas de changement dans votre situation familiale, s'agissant spécifiquement de « l'extension famille ».

Dans tous les cas, vous devez remplir l'imprimé « Bulletin d'affiliation ». Sur le bulletin, vous devez porter les choix de votre employeur en matière de garanties. **Ce bulletin, dûment complété et signé, doit être envoyé par votre employeur à CCPMA PREVOYANCE avec les pièces justificatives.**

Pour vos ayants droit, les pièces à fournir sont les suivantes :

- Copie de votre attestation de droits au régime de base et celle de chacun de vos ayants droit à couvrir s'ils ne figurent pas sur celle-ci (attestation de carte vitale).
- Copie du livret de famille ou du pacs ou, pour le concubinage, toute preuve justifiant de 2 ans de vie commune en l'absence d'enfant en commun. En cas de présence d'enfant en commun, joindre la photocopie de l'extrait d'acte de naissance de l'enfant.
- Copie du justificatif de perception de l'Allocation Handicapé pour les enfants invalides au sens de la législation sociale, quel que soit leur âge à condition que l'invalidité ait été constatée avant leur 21^{ème} anniversaire.
- Toute pièce justifiant de la qualité d'enfant à charge (enfants âgés de moins de 21 ans, enfants âgés de moins de 28 ans en poursuite d'études : certificat de scolarité ou d'apprentissage ; enfants âgés de moins de 28 ans non indemnisés par Pôle Emploi)

En cas de modification de votre situation familiale, par exemple en raison de votre mariage, de la naissance d'un enfant..., vous devez compléter un nouveau bulletin en joignant les justificatifs.

TITRE 5

GARANTIES OPTIONNELLES PROPOSÉES AU SALARIÉ

Les cotisations relatives aux garanties sont dues dès le premier jour de votre affiliation.

ARTICLE 5.1 Affiliation

▼ 5.1.1 Affiliation à l'« Option 1 » ou à l'« Option 2 »

Si votre entreprise n'a pas souscrit à l'« Option 1 » ou l'« Option 2 », vous avez la possibilité d'y souscrire à titre individuel pour améliorer votre couverture santé :

- au moment de votre affiliation au présent contrat ;
- annuellement, au plus tard le 30 novembre de chaque année. Vous serez alors admis dans l'assurance à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante ;

Votre affiliation à l'assurance complémentaire frais de santé est effectuée par CCPMA Prévoyance dans les mêmes conditions que la formule de base.

Votre Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricole vous adressera une nouvelle carte papier indiquant vos nouveaux droits. Vous devrez également mettre votre carte Vitale à jour.

▼ 5.1.2 Affiliation à l'extension famille

Si votre entreprise n'a pas souscrit « l'extension famille », vous avez la possibilité d'y souscrire individuellement au profit de vos ayants droit. **Cette extension s'applique sur le niveau de garantie santé dont vous bénéficiez vous-même.**

Si vous avez choisi cette « extension famille », la couverture santé prend effet pour vos ayants droit :

- au moment de votre affiliation, vos ayants droit seront alors couverts à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception du bulletin d'affiliation ;

- à la date de survenance de l'événement, en cas de changement de votre situation familiale ou de modification de la situation professionnelle de votre conjoint, tel que défini à l'annexe 1 de la présente Notice ;
- annuellement, au plus tard le 30 novembre de chaque année. Vos ayants droit sont alors admis dans l'assurance à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

Votre assurance complémentaire frais de santé ne prévoit aucun délai de « carence », ce qui signifie que le droit à l'ensemble des prestations santé est ouvert pour vos ayants droit dès le premier jour de leur affiliation.

Vous devez formaliser cette demande par l'imprimé « Bulletin d'affiliation ». Ce bulletin, dûment complété et signé, doit être envoyé à CCPMA PREVOYANCE avec les pièces justificatives.

Vous devez remettre ce bulletin à votre employeur, afin de lui faire connaître vos choix et éviter tout rappel de cotisations sur vos fiches de paye.

Pour vos ayants droit, les pièces à fournir sont les suivantes :

- Copie de votre attestation de droits au régime de base et celle de chacun de vos ayants droit à couvrir s'ils ne figurent pas sur celle-ci (attestation de carte vitale).
- Copie du livret de famille ou du pacs ou, pour le concubinage, toute preuve justifiant de 2 ans de vie commune en l'absence d'enfant en commun. En cas de présence d'enfant en commun, joindre la photocopie de l'extrait d'acte de naissance de l'enfant.
- Copie du justificatif de perception de l'Allocation Handicapé pour les enfants invalides au sens de la législation sociale, quel que soit leur âge à condition que l'invalidité ait été constatée avant leur 21^{ème} anniversaire.
- Toute pièce justifiant de la qualité d'enfant à charge (enfants âgés de moins de 21 ans, enfants âgés de moins de 28 ans en poursuite d'études : certificat de scolarité ou d'apprentissage ; enfants âgés de moins de 28 ans non indemnisés par Pôle Emploi).

En cas d'évolution ou de modification de votre situation familiale, par exemple en raison de votre mariage, de la naissance d'un enfant, vous devez compléter un nouveau bulletin en joignant les justificatifs.

Dans tous les cas, vous devez formaliser cette demande par l'imprimé « Bulletin d'affiliation ». Ce bulletin, dûment complété et signé, doit être envoyé à CCPMA PREVOYANCE avec les pièces justificatives.

Vous devez le remettre à votre employeur, afin de lui faire connaître vos choix et éviter tout rappel de cotisations sur vos fiches de paye.

ARTICLE 5.2

Modalités de résiliation de l'« Option 1 » ou « Option 2 » et/ou de l'extension famille

Si vous avez choisi le « Option 1 » ou « Option 2 » et/ou « l'extension famille », vous avez la faculté de résilier ce niveau et/ou cette extension :

- - 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'évènement, en cas de changement dans votre situation familiale ou de modification de la situation professionnelle de votre conjoint. La résiliation prend alors effet à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit l'évènement.

Votre employeur doit informer CCPMA PREVOYANCE de votre décision.

Après toute résiliation, une nouvelle demande d'adhésion à l'« Option 1 » ou l'« Option 2 » et/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 de votre conjoint.

Vous devez informer votre employeur de toute modification ou résiliation de vos choix d'options.

ARTICLE 5.3

Cotisations

1 – « Option1 » ou « Option2 »

Si vous avez choisi de manière facultative l'« Option1 » ou l'« Option 2 », il vous sera appliqué une cotisation additionnelle dont le montant est précisé au Barème des cotisations.

2 – Extension famille

Si vous avez choisi d'étendre les garanties de votre assurance complémentaire frais de santé au profit de vos ayants droit dans le cadre d'une « extension famille », le niveau de garantie choisi doit être le même pour vous et votre famille.

ARTICLE 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 souscrites à titre facultatif.

Vous pouvez 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

Les garanties du présent contrat vous sont accordées, ainsi qu'éventuellement à vos ayants droit, moyennant une cotisation dont la structure tarifaire est la suivante :

- **Isolé Famille obligatoire** : vous couvre vous et vos ayants droit à titre obligatoire si votre employeur a décidé d'étendre la couverture aux ayants droit
- **Isolé famille facultative** : vous couvre vous à titre obligatoire. Vos ayants droit ont la possibilité d'être couverts sous réserve que vous souscriviez à l'extension.

ARTICLE 6.2

Montant des cotisations

Les garanties du contrat vous sont accordées (ainsi qu'à vos ayants droit, le cas échéant) moyennant le paiement de cotisations fixées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) et variant selon la structure tarifaire et le niveau des garanties.

Les cotisations sont appelées à l'ouverture des droits à la garantie frais de santé

Les cotisations sont dues dans leur intégralité pour tout mois commencé, notamment en cas d'affiliation en cours de mois, de suspension ou de rupture de votre contrat de travail en cours de mois.

Excepté en cas de souscription d'un contrat individuel dans les conditions prévues à l'article « Maintien sous forme de contrat individuel » :

- le financement de la formule de base est assuré conjointement par vous-même et votre employeur.

- le financement de l'« Option 1 » et de l'« Option 2 » et/ou de « l'extension familiale », lorsqu'ils sont souscrits au sein de l'entreprise, est assuré conjointement par vous-même et votre employeur.
- le financement de l'« Option 1 » et de l'« Option 2 » et/ou de « l'extension familiale », lorsqu'ils sont souscrits par vos soins est assuré par vous-même.

Dans tous les cas votre part de cotisation est directement précomptée mensuellement sur votre fiche de paie, par votre employeur.

Ainsi votre employeur a la responsabilité du versement total des cotisations.

Votre cotisation assurance complémentaire frais de santé obligatoire est précisée au Barème des cotisations.

La cotisation relative à la garantie santé est due dès le premier jour du mois de présence au sein du groupe assuré, tel que précisé à l'article « Groupe assuré » de la présente Notice.

TITRE 7

DISPOSITIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DES GARANTIES



ARTICLE 7.1

Entrée en vigueur des garanties

Vos garanties, et le cas échéant celles de vos ayants droit, entrent en vigueur immédiatement, dès la prise d'effet de l'affiliation, conformément aux dispositions de la présente notice d'information.



ARTICLE 7.2

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 de la présente notice d'information.

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 plafonds 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 7.3

Règlement des prestations

Les prestations du régime frais de santé vous sont réglées **directement par La Caisse régionale d'Assurance Mutuelle Agricole dont relève le participant.**

Le présent contrat met à votre disposition et à vos 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, CCPMA PREVOYANCE ou le délégataire de gestion, le cas échéant, vous délivre une carte complémentaire (sous forme papier) qui devra lui être restitué (e) lorsque vous cessez de bénéficier dudit contrat.

ARTICLE 7.4

Limites et exclusions de la garantie frais de santé

De manière générale, ne sont pas pris en charge :

- Les frais engagés, au titre d'actes exécutés avant la date d'entrée en vigueur des garanties ou après la cessation des garanties ;
- Les frais résultants d'actes qui, bien qu'inscrits à la nomenclature des actes professionnels, ne sont pas pris en charge par le régime de base, sauf cas prévus au tableau de garanties figurant en annexe de la présente notice d'information ;
- 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.

ARTICLE 7.5

Etendue territoriale de la garantie frais de santé

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 social de base français.

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

ARTICLE 7.6

Contrôle des prestations

En cas de suspicion de fraude aux prestations, CCPMA PREVOYANCE et/ou le délégataire de gestion se réservent la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales et/ou de demander toutes autres justifications qui leur paraîtraient nécessaires, notamment les prescriptions médicales et les factures détaillées.

Si intentionnellement, vous fournissez de faux renseignements ou usez de documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement, vous perdez 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, CCPMA PREVOYANCE et/ou le délégataire de gestion se réservent le droit de récupérer toutes prestations qui vous auront été indûment réglées.

ARTICLE 7.7

Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

En cas de suspension de votre contrat de travail, votre affiliation pourra être maintenue dans les cas suivants :

7.7.1 Votre contrat de travail est suspendu avec un maintien de salaire total ou partiel ou versement d'indemnités journalières

Les garanties vous sont maintenues lorsque votre contrat de travail est suspendu 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.

7.7.2 Votre contrat de travail est suspendu sans versement de salaire total ou partiel par l'entreprise adhérente ni versement d'indemnités journalières

Les garanties 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 7.8

Cessation de l'affiliation

7.8.1 Pour vous-même

Votre affiliation au contrat cesse :

- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir au groupe assuré ;
- à la date de rupture de votre contrat de travail, étant précisé que si vous bénéficiez des dispositions légales applicables en matière de cumul emploi-retraite, il s'agit de la date de rupture de votre contrat de travail au titre votre activité cumulée avec votre retraite. A cette date, vous pourrez, sur demande expresse, contracter aux conditions de souscription et aux tarifs en vigueur, un contrat proposé à titre individuel dans les conditions définies à l'article « Maintien forme de contrat individuel » de la présente Notice d'Information ;

7.8.2 Pour vos ayants droit

Outre les cas de dénonciation prévus à l'article « Modalités de résiliation de l'Option 1 ou Option 2 et/ou de l'extension famille » de la présente notice d'information, les garanties (obligatoires et éventuellement souscrites à titre facultatif) cessent à l'égard de vos ayants droit dans les conditions suivantes :

- dès que vous cessez d'être au service de votre entreprise, pour quelque cause que ce soit,
- dès qu'ils perdent la qualité d'ayant droit, tel que défini au Titre « Définitions » de la présente Notice d'Information.

La cotisation du mois au cours duquel l'évènement est intervenu reste due.

Dans tous ces cas, pensez à prévenir CCPMA PREVOYANCE, et retournez-lui la carte de tiers payant papier de votre garantie frais de santé.

ARTICLE 7.9

Cessation des garanties

Sans préjudice du droit à portabilité, les garanties obligatoires et facultatives cessent à la fin du mois au cours duquel intervient :

- la cessation de votre affiliation et/ou celle de vos ayants droit dans les conditions prévues à l'article « Cessation de l'affiliation » de la présente notice d'information.
- la résiliation du contrat d'assurance par l'entreprise adhérente ou par CCPMA PREVOYANCE.

ARTICLE 7.10

Maintien sous forme de contrat individuel

7.10.1 A vous-même, en cas de rupture de votre contrat de travail

En application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin », si votre contrat de travail est rompu, l'Institution vous proposera, dans les 2 mois qui suivent la date de cessation de votre contrat de travail selon l'information transmise par l'entreprise ou la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits, le maintien de vos garanties dans le cadre d'une adhésion à un **contrat individuel**, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire, sous réserve que vous répondiez 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.
- Etre ayant droit de l'assuré décédé, à condition d'en faire la demande dans les six mois du décès.

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à l'Institution, au plus tard six mois après la date de cessation de la garantie du contrat.

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.

7.10.2 A vos ayants droit, si vous décédez

En application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin », l'Institution proposera aux ayants droit du participant décédé, dans les 2 mois qui suivent la date de cessation des garanties, le maintien de leurs garanties dans le cadre d'une adhésion à un **contrat individuel**, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire.

Pour être recevable la demande d'adhésion doit parvenir à l'Institution au plus tard dans les 6 mois suivant le 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.

En cas de changement d'organisme assureur, les contrats individuels souscrits en application de la loi « Evin » antérieurement à la résiliation du présent contrat seront transférés au nouvel assureur à compter de la date d'effet du nouveau contrat collectif.

TITRE 8

PORTABILITÉ DES DROITS

En cas de cessation de votre contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, vous pouvez bénéficier du maintien des garanties prévues par le contrat de votre 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 votre 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 CCPMA PREVOYANCE ou le délégataire de gestion le cas échéant, 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 vous est acquis sans versement de cotisation durant la période de portabilité, le financement de ce maintien étant inclus dans la cotisation des actifs.

ARTICLE 8.1 Bénéficiaire

Vous pouvez continuer à bénéficier des garanties, qui vous couvraient en tant qu'actif, lorsque votre contrat de travail a été rompu et que vous remplissez 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 votre contrat de travail.

ARTICLE 8.2

Ouverture et durée des droits à portabilité

En tant qu'ancien salarié, vous avez acquis la possibilité de vous voir ouvrir, sous conditions, des droits à prestations au titre de la portabilité à compter de la date de rupture effective de votre contrat de travail.

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

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

ARTICLE 8.3

Obligation de votre entreprise

Votre entreprise doit informer CCPMA PREVOYANCE ou le délégataire de gestion le cas échéant, de la cessation de votre contrat de travail si vous êtes susceptible d'ouvrir droit à la portabilité.

ARTICLE 8.4 Vos obligations

Vous devez justifier auprès de l'Institution ou le délégataire de gestion le cas échéant, que vous remplissez les conditions requises au moment de la demande de versement des prestations.

A ce titre, vous devez fournir une copie de votre certificat de travail et de votre attestation de prise en charge par l'assurance chômage ainsi qu'une copie de vos attestations de paiement de Pôle emploi.

Vous devez informer CCPMA PREVOYANCE ou le délégataire de gestion le cas échéant 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 qui vous sont accordées au titre de la portabilité, sont identiques à celles définies par le contrat pour les salariés en activité.

Toute modification des prestations du contrat intervenant au cours de votre période de portabilité vous est applicable.

ARTICLE 8.6 Cessation de la portabilité

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

- à la fin de la durée de maintien à laquelle vous ouvrez droit si elle est inférieure à 12 mois ;
- à la date à laquelle vous reprenez 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 ;
- en cas de résiliation du contrat par votre entreprise.

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

DÉFINITIONS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 9.1

Définitions des ayants droit intervenant au contrat

AYANTS DROIT

Sont considérés comme ayants droit au sens dudit contrat :

- votre conjoint, personne mariée avec vous 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 avec vous un Pacte Civil de Solidarité conformément aux dispositions de l'article 515-1 et suivant du Code civil ;
- **le concubin**, personne avec laquelle vous vivez en concubinage selon les dispositions de l'article 515-8 du Code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations, sous réserve que vous soyez 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'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.
- **vos enfants**

Par « enfant », il faut entendre :

- vos enfants dont votre filiation est légalement établie, y compris adoptive ;
- les enfants que vous avez élevés pendant neuf ans au moins avant leur 16^{ème} anniversaire ;
- les enfants que vous avez recueillis et pour lesquels votre qualité de tuteur est reconnue.

Sont considérés comme « enfants à charge » :

- vos enfants âgés de moins de 21 ans;
- vos 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 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) ;
- vos 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 de situation familiale, 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.

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 a 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

TABLEAU DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

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, étioopathie, 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 années 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.

ARTICLE 10.1 Exemples de remboursements

Nom de l'accord: CCFV SOCLE REGIME HORS ALSACE-MOSELLE

Année de référence : 2020

Exemple ¹	Prix moyen pratiqué	Base de remboursement (BR)	Remboursement du régime obligatoire (RO) Hors Alsace Moselle	Remboursement de la complémentaire santé (RC)	Reste à charge
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	20,00 €	- €	20,00 €	- €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte ²	355,00 €	271,70 €	247,70 €	107,30 €	- €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte ²	431,00 €	271,70 €	247,70 €	183,30 €	- €
OPTIQUE					
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents (équipement 100% santé) ³	125,00 €	37,50 €	22,50 €	102,50 €	0 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents ⁴	345,00 €	0,15 €	0,09 €	299,91 €	45,00 €
DENTAIRE					
Détartrage	28,92 €	28,92 €	20,24 €	8,68 €	- €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires (prothèse à honoraires maîtrisés)	538,70 €	120,00 €	84,00 €	454,70 €	- €
Couronne céramo-métallique sur molaire (prothèse à honoraires libres)	538,70 €	107,50 €	75,25 €	450,50 €	12,95 €
AIDES AUDITIVES					
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	1 100,00 €	350,00 €	210,00 €	890,00 €	0 €
Aide auditive de classe II par oreille	1 476,00 €	350,00 €	210,00 €	140,00 €	1 126,00 €
SOINS COURANTS⁵					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	44,00 €	30,00 €	20,00 €	9,00 €	15,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	56,00 €	23,00 €	15,10 €	6,90 €	34,00 €

¹ Les calculs réalisés sont effectués au regard des BR, des prix limite de vente et des prix moyens connus à ce jour.

² Le remboursement de la complémentaire santé inclut la prise en charge du forfait actes lourds (24 €).

³ Prix limite de vente pour les verres unifocaux, sphériques les plus fréquents pour des adultes (47,50 € / verre) et une monture (30 €).

⁴ Prix moyen national pour les verres unifocaux sphéro-cylindriques les plus fréquents pour des adultes (100 € / verre) et une monture (145 €).

⁵ Les montants remboursés indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 € retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la CMU complémentaire, de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'aide médicale de l'État (AME).

Les exemples sont établis pour un profil-type : un patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés.

Ce document est informatif et n'a pas de valeur contractuelle.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Nom de l'accord: CCVF OPTION 1 REGIME HORS ALSACE-MOSELLE

Année de référence : 2020

Exemple ¹	Prix moyen pratiqué	Base de remboursement (BR)	Remboursement du régime obligatoire (RO) Hors Alsace Moselle	Remboursement de la complémentaire santé (RC)	Reste à charge
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	20,00 €	- €	20,00 €	- €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte ²	355,00 €	271,70 €	247,70 €	107,30 €	- €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte ²	431,00 €	271,70 €	247,70 €	183,30 €	- €
OPTIQUE					
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents (équipement 100% santé) ³	125,00 €	37,50 €	22,50 €	102,50 €	0 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents ⁴	345,00 €	0,15 €	0,09 €	299,91 €	45,00 €
DENTAIRE					
Détartrage	28,92 €	28,92 €	20,24 €	8,68 €	- €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires (prothèse à honoraires maîtrisés)	538,70 €	120,00 €	84,00 €	454,70 €	- €
Couronne céramo-métallique sur molaire (prothèse à honoraires libres)	538,70 €	107,50 €	75,25 €	463,45 €	- €
AIDES AUDITIVES					
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	1 100,00 €	350,00 €	210,00 €	890,00 €	0 €
Aide auditive de classe II par oreille	1 476,00 €	350,00 €	210,00 €	1 266,00 €	- €
SOINS COURANTS⁵					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	44,00 €	30,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	56,00 €	23,00 €	15,10 €	18,40 €	22,50 €

¹ Les calculs réalisés sont effectués au regard des BR, des prix limite de vente et des prix moyens connus à ce jour.

² Le remboursement de la complémentaire santé inclut la prise en charge du forfait actes lourds (24 €).

³ Prix limite de vente pour les verres unifocaux, sphériques les plus fréquents pour des adultes (47,50 € / verre) et une monture (30 €).

⁴ Prix moyen national pour les verres unifocaux sphéro-cylindriques les plus fréquents pour des adultes (100 € / verre) et une monture (145 €).

⁵ Les montants remboursés indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 € retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la CMU complémentaire, de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'aide médicale de l'État (AME).

Les exemples sont établis pour un profil-type : un patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés.

Ce document est informatif et n'a pas de valeur contractuelle.

Exemples produits le : 21 octobre 2019

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Nom de l'accord: CCVF OPTION 2 REGIME HORS ALSACE- MOSELLE

Année de référence : 2020

Exemple ¹	Prix moyen pratiqué	Base de remboursement (BR)	Remboursement du régime obligatoire (RO) Hors Alsace Moselle	Remboursement de la complémentaire santé (RC)	Reste à charge
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	20,00 €	- €	20,00 €	- €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte ²	355,00 €	271,70 €	247,70 €	107,30 €	- €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte ²	431,00 €	271,70 €	247,70 €	183,30 €	- €
OPTIQUE					
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents (équipement 100% santé) ³	125,00 €	37,50 €	22,50 €	102,50 €	0 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents ⁴	345,00 €	0,15 €	0,09 €	299,91 €	45,00 €
DENTAIRE					
Détartrage	28,92 €	28,92 €	20,24 €	8,68 €	- €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires (prothèse à honoraires maîtrisés)	538,70 €	120,00 €	84,00 €	454,70 €	- €
Couronne céramo-métallique sur molaire (prothèse à honoraires libres)	538,70 €	107,50 €	75,25 €	463,45 €	- €
AIDES AUDITIVES					
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	1 100,00 €	350,00 €	210,00 €	890,00 €	0 €
Aide auditive de classe II par oreille	1 476,00 €	350,00 €	210,00 €	1 266,00 €	- €
SOINS COURANTS⁵					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	44,00 €	30,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	56,00 €	23,00 €	15,10 €	29,90 €	11,00 €

¹ Les calculs réalisés sont effectués au regard des BR, des prix limite de vente et des prix moyens connus à ce jour.

² Le remboursement de la complémentaire santé inclut la prise en charge du forfait actes lourds (24 €).

³ Prix limite de vente pour les verres unifocaux, sphériques les plus fréquents pour des adultes (47,50 € / verre) et une monture (30 €).

⁴ Prix moyen national pour les verres unifocaux sphéro-cylindriques les plus fréquents pour des adultes (100 € / verre) et une monture (145 €).

⁵ Les montants remboursés indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 € retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la CMU complémentaire, de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'aide médicale de l'État (AME).

Les exemples sont établis pour un profil-type : un patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés.

Ce document est informatif et n'a pas de valeur contractuelle.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Nom de l'accord: CCVF SOCLE REGIME ALSACE-MOSELLE

Année de référence : 2020

Exemple ¹	Prix moyen pratiqué	Base de remboursement (BR)	Remboursement du régime obligatoire (RO) Alsace Moselle	Remboursement de la complémentaire santé (RC)	Reste à charge
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	20,00 €	20,00 €	- €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	271,70 €	271,70 €	83,30 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	271,70 €	271,70 €	159,30 €	0,00 €
OPTIQUE					
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents (équipement 100% santé) ²	125,00 €	37,50 €	33,75 €	91,25 €	0,00 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents ³	345,00 €	0,15 €	0,13 €	299,87 €	45,00 €
DENTAIRE					
Détartrage	28,92 €	28,92 €	26,03 €	- €	2,89 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	120,00 €	108,00 €	392,00 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires (prothèse à honoraires maîtrisés)	538,70 €	120,00 €	108,00 €	430,70 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur molaire (prothèse à honoraires libres)	538,70 €	107,50 €	96,75 €	429,00 €	12,95 €
AIDES AUDITIVES					
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	1 100,00 €	350,00 €	315,00 €	785,00 €	0,00 €
Aide auditive de classe II par oreille	1 476,00 €	350,00 €	315,00 €	35,00 €	1 126,00 €
SOINS COURANTS⁴					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	25,00 €	21,50 €	2,50 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	30,00 €	26,00 €	3,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	44,00 €	30,00 €	26,00 €	3,00 €	15,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	56,00 €	23,00 €	19,70 €	2,30 €	34,00 €

¹ Les calculs réalisés sont effectués au regard des BR, des prix limite de vente et des prix moyens connus à ce jour.

² Prix limite de vente pour les verres unifocaux, sphériques les plus fréquents pour des adultes (47,50 € / verre) et une monture (30 €).

³ Prix moyen national pour les verres unifocaux sphéro-cylindriques les plus fréquents pour des adultes (100 € / verre) et une monture (145 €).

⁴ Les montants remboursés indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 € retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la CMU complémentaire, de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'aide médicale de l'État (AME).

Les exemples sont établis pour un profil-type : un patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés.

Ce document est informatif et n'a pas de valeur contractuelle.

Exemples produits le: 22 octobre 2019

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Nom de l'accord: CCVF OPTION 1 REGIME ALSACE-MOSELLE

Année de référence : 2020

Exemple ¹	Prix moyen pratiqué	Base de remboursement (BR)	Remboursement du régime obligatoire (RO) Hors Alsace Moselle	Remboursement de la complémentaire santé (RC)	Reste à charge
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	20,00 €	- €	20,00 €	- €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte ²	355,00 €	271,70 €	247,70 €	107,30 €	- €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte ²	431,00 €	271,70 €	247,70 €	183,30 €	- €
OPTIQUE					
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents (équipement 100% santé) ³	125,00 €	37,50 €	22,50 €	102,50 €	0 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents ⁴	345,00 €	0,15 €	0,09 €	299,91 €	45,00 €
DENTAIRE					
Détartrage	28,92 €	28,92 €	20,24 €	- €	8,68 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires (prothèse à honoraires maîtrisés)	538,70 €	120,00 €	84,00 €	454,70 €	- €
Couronne céramo-métallique sur molaire (prothèse à honoraires libres)	538,70 €	107,50 €	75,25 €	463,45 €	- €
AIDES AUDITIVES					
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	1 100,00 €	350,00 €	210,00 €	890,00 €	0 €
Aide auditive de classe II par oreille	1 476,00 €	350,00 €	210,00 €	1 266,00 €	- €
SOINS COURANTS⁵					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	44,00 €	30,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	56,00 €	23,00 €	15,10 €	20,70 €	20,20 €

¹ Les calculs réalisés sont effectués au regard des BR, des prix limite de vente et des prix moyens connus à ce jour.

² Le remboursement de la complémentaire santé inclut la prise en charge du forfait actes lourds (24 €).

³ Prix limite de vente pour les verres unifocaux, sphériques les plus fréquents pour des adultes (47,50 € / verre) et une monture (30 €).

⁴ Prix moyen national pour les verres unifocaux sphéro-cylindriques les plus fréquents pour des adultes (100 € / verre) et une monture (145 €).

⁵ Les montants remboursés indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 € retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la CMU complémentaire, de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'aide médicale de l'État (AME).

Les exemples sont établis pour un profil-type : un patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés.

Ce document est informatif et n'a pas de valeur contractuelle.

Exemples produits le: 22 octobre 2019

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Nom de l'accord: CCVF OPTION 2 REGIME ALSACE- MOSELLE

Année de référence : 2020

Exemple ¹	Prix moyen pratiqué	Base de remboursement (BR)	Remboursement du régime obligatoire (RO) Alsace Moselle	Remboursement de la complémentaire santé (RC)	Reste à charge
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	20,00 €	20,00 €	- €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	271,70 €	271,70 €	83,30 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	271,70 €	271,70 €	159,30 €	0,00 €
OPTIQUE					
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents (équipement 100% santé) ²	125,00 €	37,50 €	33,75 €	91,25 €	0,00 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents ³	345,00 €	0,15 €	0,13 €	299,87 €	45,00 €
DENTAIRE					
Détartrage	28,92 €	28,92 €	26,03 €	- €	2,89 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	120,00 €	108,00 €	392,00 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires (prothèse à honoraires maîtrisés)	538,70 €	120,00 €	108,00 €	430,70 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur molaire (prothèse à honoraires libres)	538,70 €	107,50 €	96,75 €	441,95 €	0,00 €
AIDES AUDITIVES					
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	1 100,00 €	350,00 €	315,00 €	785,00 €	0,00 €
Aide auditive de classe II par oreille	1 476,00 €	350,00 €	315,00 €	1 161,00 €	0,00 €
SOINS COURANTS⁴					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	25,00 €	21,50 €	2,50 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	30,00 €	26,00 €	3,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	44,00 €	30,00 €	26,00 €	17,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	56,00 €	23,00 €	19,70 €	20,70 €	15,60 €

¹ Les calculs réalisés sont effectués au regard des BR, des prix limite de vente et des prix moyens connus à ce jour.

² Prix limite de vente pour les verres unifocaux, sphériques les plus fréquents pour des adultes (47,50 € / verre) et une monture (30 €).

³ Prix moyen national pour les verres unifocaux sphéro-cylindriques les plus fréquents pour des adultes (100 € / verre) et une monture (145 €).

⁴ Les montants remboursés indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 € retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la CMU complémentaire, de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'aide médicale de l'État (AME).

Les exemples sont établis pour un profil-type : un patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés.

Ce document est informatif et n'a pas de valeur contractuelle.

Exemples produits le: 22 octobre 2019

TITRE 11

LA GARANTIE « ASSISTAN- CE »

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 :

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

2. Bénéficiaires

- vous-même en tant que salarié couvert par la garantie frais de santé des entreprises relevant de l'Accord du 2 février 2011 des Caves Coopératives Vinicoles et de leurs unions ;
- vos 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 la prise d'effet de la garantie Frais de santé. Elle cesse tous ses effets en cas de cessation cette dernière. Dans ce cas, les prestations prévues sont prises en charge si l'événement qui y a donné naissance est antérieur à la date de résiliation ou de sortie du contrat.

4. Définitions

L'assistance Santé

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

Domicile

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

Événements garantis

Pour l'assistance Santé :

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

Pour l'assistance aux personnes en déplacement :

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

Hospitalisation

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

Immobilisation d'un bénéficiaire au domicile

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

Atteinte corporelle grave

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

Par accident on entend : altération brutale de la santé ayant pour cause un événement extérieur soudain, imprévisible, violent et indépendant de la volonté de la victime. L'intoxication alimentaire est assimilée à un accident.

Par maladie on entend : altération soudaine et imprévisible de la santé constatée par une autorité médicale compétente. Par maladie grave on entend : maladie mettant en jeu le pronostic vital.

Blessure

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

Proche

Toute personne physique désignée par vous, domiciliée :

- en France métropolitaine, principautés d'Andorre ou de Monaco si vous êtes domicilié en France métropolitaine, principautés d'Andorre ou de Monaco ;
- dans le même DROM que vous si vous êtes domicilié dans les DROM.

L'assistance aux personnes en déplacement

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

Déplacements garantis

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

Franchise

100 km du domicile.

Bagages

Les effets courants de voyage (maximum 20 kg).

MUTUAIDE ASSISTANCE organise :

MUTUAIDE ASSISTANCE accomplit les démarches nécessaires pour accomplir la prestation.

MUTUAIDE ASSISTANCE prend en charge :

MUTUAIDE ASSISTANCE finance le coût de la prestation.

5. Etendue territoriale de la garantie

Pour l'assistance Santé :

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

Pour l'assistance aux personnes en déplacement :

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

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

—

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

6. Modalités de mise en œuvre de la garantie

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

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

Déclenchement de la garantie :

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

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

Pour contacter MUTUAIDE 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 votre état de santé et de votre environnement familial. Les garanties d'assistance n'ont vocation à s'appliquer que dans les cas où votre entourage ne peut vous apporter l'aide requise par les circonstances.

Éléments à communiquer

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

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

Remboursement des frais engagés

MUTUAIDE 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 vous demander de justifier de la qualité invoquée et de produire, à vos frais, les pièces ou documents prouvant ce droit.

7. Limites de responsabilité

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

8. Limites et exclusions de la garantie

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

- les prestations qui n'ont pas été organisées par les soins de MUTUAIDE ASSISTANCE ou avec son accord ;
- la prise en charge des conséquences résultant d'actes intentionnels ou dolosifs du bénéficiaire ;
- les prestations servant à couvrir les conséquences d'infractions à la législation française ou étrangère ;
- les conséquences de l'exposition à des agents biologiques infectants, à des agents chimiques type gaz de combat, à des agents incapacitants, neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où vous séjournez et/ou nationales de votre pays de domicile ;
- les conséquences d'actes dolosifs, de suicide ou de tentative de suicide ;
- les conséquences de toute mutilation volontaire du bénéficiaire ;
- les dommages provoqués intentionnellement par le bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou à une rixe, sauf en cas de légitime défense ;
- le montant des condamnations et leurs conséquences ;
- l'usage de stupéfiants ou de drogues non prescrits médicalement et ses conséquences ;
- l'état d'imprégnation alcoolique et ses conséquences ;
- la pratique, à titre professionnel, de tout sport ;
- la participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires à bord de tout engin de locomotion terrestre ou aérien ;
- les conséquences des événements survenus au cours d'épreuves, courses et compétitions motorisées (et leurs essais) soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics lorsque le bénéficiaire y participe en tant que concurrent ;
- les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- l'inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
- les interdictions officielles, les saisies ou contraintes par la force publique ;
- l'absence d'aléa ;

- l'utilisation par le bénéficiaire d'appareils de navigation aérienne ;
- l'utilisation d'engins de guerre, explosifs et armes à feu ;
- les dommages résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire conformément à l'article L.113-1 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^e jour du déplacement ;
- les événements survenus lors d'un déplacement à moins de 100 km du domicile ;
- les frais engagés après le retour du voyage ou l'expiration de la garantie ;
- les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité du contrat, et notamment au-delà de la durée du déplacement prévu;
- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec le bénéficiaire ;
- les maladies chroniques ;
- les frais médicaux et d'hospitalisation dans le pays de domicile du bénéficiaire, en France métropolitaine et dans les 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 de votre contrat, nous vous invitons à le faire connaître à MUTUAIDE Assistance en appelant le 01.45.16.65.11 ou en écrivant à quotidien@mutuaide.fr.

Si la réponse que vous obtenez ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez 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 votre courrier dans un délai de 10 jours ouvrés. Il sera traité dans les deux mois au plus.

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

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110

75441 PARIS cedex 09

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

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

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

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

- renseignements généraux ;
- adresses et coordonnées de professionnels de santé (médecins, dentistes, infirmiers, ambulanciers, kinésithérapeutes, pharmacies de garde, laboratoires...);
- vaccinations ;
- hygiène-prévention ;
- diététique ;
- associations spécialisées ;
- magasins de matériel médical ;
- centres de cure, centres hospitaliers, centres de soins, de convalescence ;

- établissements spécialisés ;
- précautions à prendre en cas de voyage selon les pays visités.

Recherche et envoi d'un professionnel de santé

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

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

Réservation d'un lit en milieu hospitalier

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

Mise en relation avec un médecin

Si vous souhaitez dialoguer avec un médecin, vous pouvez contacter MUTUAIDE ASSISTANCE 24 h/24 qui organisera la mise en relation avec l'un d'eux.

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

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

Soutien psychologique

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

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

2. Assistance de l'enfant malade

Garde des enfants

À la suite d'un problème médical imprévu constaté par un certificat médical, un de vos enfants doit garder la chambre pour une durée minimale de 3 jours consécutifs et vous ne pouvez pas rester à son chevet. MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge, au choix, dès le premier jour de l'immobilisation :

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

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

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

Accompagnement administratif et social

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

Garde des enfants de moins de 16 ans

Vous êtes hospitalisé et personne dans votre entourage immédiat ne peut se charger de la garde des enfants au domicile. MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge, au choix :

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

Garde des ascendants

Vous êtes hospitalisé et personne dans votre entourage immédiat ne peut se charger de la garde des ascendants à votre charge. MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge, au choix :

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

4. Assistance au retour d'hospitalisation ou en cas d'immobilisation au domicile (prévue ou imprévue)

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

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

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

Aide-ménagère

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

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

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

Cette prestation n'est pas cumulable avec les garanties Recherche et livraison de repas et Recherche et livraison de médicaments.

MUTUAIDE ASSISTANCE ne pourra en aucun cas se porter garant de la qualité des prestations et voir sa responsabilité engagée à ce titre.

Recherche et livraison de repas

Vous êtes immobilisé au domicile et dans l'impossibilité de préparer les repas ou d'effectuer les courses. MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge, dans la limite des contraintes locales, la livraison de repas à votre domicile (comprenant un ou deux repas) selon les conditions prévues au tableau des prestations de la garantie Assistance.

Le coût des repas reste à votre charge.

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

Recherche et livraison de médicaments

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

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

Le coût des médicaments reste à votre charge.

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

5. Assistance aux personnes en déplacement

Ces prestations sont accordées lorsque vous êtes malade ou blessé lors d'un déplacement garanti.

MUTUAIDE ASSISTANCE intervient dans les conditions suivantes :

- avance des frais médicaux et d'hospitalisation (hors du pays de domicile).

MUTUAIDE ASSISTANCE peut procéder à l'avance des frais médicaux ou d'hospitalisation que vous devez engager **hors de votre pays de domicile, hors de France métropolitaine et hors des DROM** dans la limite d'un montant, maximum par bénéficiaire, défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, aux conditions cumulatives suivantes :

- les médecins de MUTUAIDE ASSISTANCE doivent juger, après recueil des informations auprès du médecin local, qu'il est impossible de vous rapatrier dans l'immédiat dans votre pays de domicile ;
- les soins auxquels s'applique l'avance doivent être prescrits en accord avec les médecins de MUTUAIDE ASSISTANCE.
- Vous ou toute personne autorisée par vous doit :
 - s'engager formellement par la signature d'un document spécifique, fourni par MUTUAIDE ASSISTANCE lors de la mise en œuvre de la présente prestation ;
 - engager les démarches de prise en charge des frais auprès des organismes d'assurance dans un délai de 15 jours, à compter de la date d'envoi des éléments nécessaires à ces démarches par MUTUAIDE ASSISTANCE ;

- effectuer les remboursements à MUTUAIDE ASSISTANCE des sommes perçues à ce titre de la part des organismes d'assurance dans la semaine qui suit la réception de ces sommes.

Resteront uniquement à la charge de MUTUAIDE ASSISTANCE, et dans la limite

du montant de prise en charge prévu pour la prestation, les frais non pris en

charge par les organismes d'assurance. Vous devez communiquer à MUTUAIDE ASSISTANCE l'attestation de refus de prise en charge de ces organismes dans la semaine qui suit sa réception.

Pour préserver ses droits ultérieurs, MUTUAIDE ASSISTANCE se réserve le droit de vous demander ou à vos ayants droit soit une empreinte de carte bancaire, soit un chèque de caution, soit une reconnaissance de dette limitée au montant de l'avance.

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

Pour le cas où MUTUAIDE ASSISTANCE ferait l'avance des fonds à hauteur des montants exprimés dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, vous vous engagez à lui reverser les remboursements obtenus des organismes sociaux et de prévoyance dans un délai de 3 mois à compter du jour de l'avance.

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

Rapatriement d'un bénéficiaire malade ou blessé

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

Sur prescription de son médecin conseil, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un ou deux accompagnants à vos côtés.

Seules les exigences d'ordre médical sont prises en considération pour arrêter la date du rapatriement, le choix du moyen de transport ou du lieu d'hospitalisation. La décision de rapatriement est prise par le médecin conseil de MUTUAIDE ASSISTANCE après avis du médecin traitant occasionnel et éventuellement du médecin de famille.

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

TITRE 12

LE RÉSEAU DE SOINS

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

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

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

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

Il est toutefois précisé que :

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

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

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

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

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



ARTICLE 12.2

DISPOSITIONS GENERALES DE LA GARANTIE CASSE ET REPARATION DES PROTHESES DENTAIRES

1. Objet de la garantie

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

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

2. Ce qui est garanti

- Pour les prothèses conjointes : en cas de casse, le remplacement à l'identique de la prothèse, tel que mentionné sur le certificat de garantie remis à la personne assurée, aux frais réels déclarés par le chirurgien-dentiste, au jour de la nouvelle réalisation prothétique.
- Pour les prothèses adjointes en résine : en cas de nécessité pour leur réadaptation ou la casse de la base résine, le versement d'une prestation de cent cinquante euros (150€), dans la limite des frais réels.
- Prothèses concernées
 - Pour les prothèses conjointes : toutes les couronnes, bridges et inlay-core
 - Pour les prothèses adjointes : les appareillages entièrement réalisés en résine.

■ Réalisation

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

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

■ Remboursement

Le remboursement interviendra après réception de la note d'honoraires.

3. Fonctionnement de la garantie

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

Le certificat de garantie comportant la période de validité, le descriptif précis de la prothèse, sa localisation (N° de la dent en cas de prothèse conjointe) et son prix devra être fourni par la personne assurée en cas de mise en jeu de la garantie. Il accompagnera le devis du chirurgien-dentiste, qui devra réaliser les travaux de réparation. Ceux-ci ne peuvent commencer qu'après réponse de la Caisse régionale, gestionnaire du contrat, qui interviendra après la date de réception du dossier, dans un délai de 7 jours ouvrés maximum. Ce délai peut être supérieur à 7 jours ouvrés en cas de demande par la Caisse régionale d'un examen dentaire réalisé par un chirurgien-dentiste désigné par lui. La Caisse régionale Groupama peut être amenée à réclamer toutes pièces qu'il jugera utile.

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

4. Exclusions

Sont exclus de par la nature de la garantie :

Pour les prothèses conjointes :

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

- Les Inlays / Onlays.

Pour les prothèses adjointes :

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

Sont exclus par ailleurs :

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

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

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



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