

INDIVIDUEL

**Contrat individuel
complémentaire santé (Loi Évin)
Production agricole**

Conditions générales
valant Notice d'Information

SOMMAIRE

TITRE	1	PRÉAMBULE	4
TITRE	2	DISPOSITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT	5
ARTICLE	2.1	Objet du contrat	5
ARTICLE	2.2	Organismes assureurs	5
ARTICLE	2.3	Délégation de gestion	5
ARTICLE	2.4	Réseau de soins	5
ARTICLE	2.5	Souscripteur	5
ARTICLE	2.6	Modalités de souscription	6
ARTICLE	2.7	Choix du niveau de couverture	6
ARTICLE	2.8	Durée du contrat	6
ARTICLE	2.9	Modification du niveau de couverture en cours de contrat	7
ARTICLE	2.10	Révision du contrat	7
TITRE	3	COTISATIONS	8
ARTICLE	3.1	Montant de la cotisation	8
ARTICLE	3.2	Modalités de paiement de la cotisation	8
ARTICLE	3.3	Sanction en cas de non-paiement de la cotisation	8
ARTICLE	3.4	Evolution de la cotisation	8
TITRE	4	VOS GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	9
ARTICLE	4.1	Bénéficiaire de la garantie	9
ARTICLE	4.2	Entrée en vigueur des garanties	9

ARTICLE	4.3	Montant des garanties et remboursement des frais de santé	9
ARTICLE	4.4	Etendue territoriale des garanties	10
ARTICLE	4.5	Limites et exclusions des garanties	11
ARTICLE	4.6	Recours contre tiers responsable	11
ARTICLE	4.7	Cessation des garanties	11
ARTICLE	4.8	Restitution de l'indu	11
TITRE	5	DISPOSITION DIVERSES	12
ARTICLE	5.1	Prescription	12
ARTICLE	5.2	Fausse déclaration	12
ARTICLE	5.3	Protection des données à caractère personnel	12
ARTICLE	5.4	Réclamations - Médiation	13
ARTICLE	5.5	Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	13
TITRE	6	DÉFINITIONS	14
TITRE	7	TABLEAU DES GARANTIES	18
TITRE	8	LES PRESTATIONS DE LA GARANTIE ASSISTANCE	31
TITRE	9	LES SERVICES DU RÉSEAU DE SOINS	39

TITRE 1**PRÉAMBULE**

Pour rappel, en application de l'Accord National du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en Agriculture ou des accords de branches régionaux ou départementaux, les salariés non cadres relevant de ces accords bénéficient d'une assurance complémentaire frais de santé obligatoire assurée par AGRI PRÉVOYANCE.

Le présent contrat individuel complémentaire santé loi Evin « production agricole » organise, dans les conditions définies par l'article 4 de la loi Évin (n° 89-1009 du 31 décembre 1989), le maintien de la garantie santé dont bénéficiaient antérieurement, au titre du contrat collectif, les salariés non cadres relevant du secteur de la production agricole.

Les personnes pouvant souscrire au contrat sont définies par l'article « Bénéficiaire de la garantie » des présentes Conditions générales. Le contrat santé loi Évin « Production agricole » se compose :

- des conditions générales valant Notice d'information : elles exposent l'ensemble des dispositions du contrat, le montant des garanties, ainsi que les documents nécessaires au règlement des prestations ;
- du bulletin de souscription : document signé par le futur souscripteur qui formalise sa demande de souscription ;
- du certificat de souscription : document complété et envoyé par l'Institution au souscripteur qui formalise sa demande de souscription au contrat et définit les conditions particulières dans lesquelles elle s'exerce.

Dans ce contrat, nous utilisons régulièrement les termes suivants :

- le souscripteur est la personne qui conclut le contrat généralement désigné par le vocable « vous » ;
- les bénéficiaires désignent le souscripteur et le cas échéant, les ayants droit définis au titre 6 « Définitions » ;
- « l'Institution » est l'Institution de prévoyance qui assure la garantie frais de santé.

TITRE 2

DISPOSITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT

ARTICLE 2.1

Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet de garantir le remboursement total ou partiel des dépenses de santé, en complétant, acte par acte, les prestations versées par le régime de base de Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés.

Le présent contrat vous permet de maintenir le niveau obligatoire de couverture dont vous bénéficiiez antérieurement, ainsi que le cas échéant vos ayants droit, au titre des garanties collectives santé.

Il comporte également des prestations d'assistance pour couvrir les conséquences d'une maladie, d'un accident ou d'un décès.

Dans le cadre du présent contrat santé loi Évin « production agricole », vous avez la possibilité :

- d'adhérer uniquement au niveau de garantie dit « Socle » ;
- de choisir une option (1, 2 ou 3) qui améliore le niveau de garantie « Socle ».

ARTICLE 2.2

Organismes assureurs

Les garanties Santé loi Evin du présent contrat sont assurées par :

AGRI PRÉVOYANCE : 21, rue de la Bienfaisance 75 382 PARIS Cedex 08

Institution de Prévoyance régie par le Code rural et de la pêche maritime, ci-après dénommée « l'Institution ».

La garantie assistance est assurée par :

MUTUAIDE ASSISTANCE : 8-14, avenue des Frères Lumière 94 368 Bry-sur-Marne Cedex

Société d'Assurance régie par le Code des Assurances.

Les organismes assureurs précités sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 2.3

Délégation de gestion

La gestion administrative des prestations afférentes au présent contrat est déléguée à la caisse de la Mutualité Sociale Agricole (CMSA).

ARTICLE 2.4

Réseau de soins

Les salariés couverts ainsi que leurs éventuels ayants droit bénéficient des services du réseau de soins proposés par la société **Carte Blanche Partenaires**, 26 rue Laffitte 75009 Paris, et définis au titre 9 « Les services du réseau de soins ».

ARTICLE 2.5

Souscripteur

Peuvent souscrire le présent contrat, dans la mesure où ils bénéficiaient antérieurement des garanties collectives Santé « Production Agricole » d'AGRI PRÉVOYANCE, sans condition d'âge ni questionnaire ou examen médical :

- l'ancien salarié relevant du secteur de la production agricole, pour lui-même et le cas échéant ses ayants droit, en cas de rupture de son contrat de travail ou, dans la mesure où il bénéficie :
 - ⊙ d'une rente d'incapacité ou d'invalidité,
 - ⊙ d'une pension de retraite ;
 - ⊙ d'un revenu de remplacement s'il est privé d'emploi ;
- les ayants droit :
 - ⊙ du salarié en cas de décès de ce dernier durant sa période d'activité ;
 - ⊙ ou du souscripteur au présent contrat, en cas de décès de ce dernier.

Les ayants droit concernés devront toutefois justifier qu'ils ont droit aux prestations en nature du régime social de base à titre obligatoire ou personnel. Les garanties sont maintenues pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès.

ARTICLE 2.6**Modalités de souscription****Souscripteur**

Votre demande de souscription (ou le cas échéant celle de vos ayants droit dans le cas où vous décédez) doit intervenir :

→ dans les six mois qui suivent la rupture de votre contrat de travail si vous avez bénéficié, en tant que salarié relevant du secteur de la production agricole, du contrat collectif frais de santé d'AGRI PRÉVOYANCE ;

ou

→ dans les six mois qui suivent l'expiration de la période durant laquelle vous avez bénéficié de la portabilité des droits frais de santé ;

ou

→ dans les six mois qui suivent votre décès pour vos ayants droit ayant bénéficié du contrat collectif frais de santé d'AGRI PRÉVOYANCE.

Votre souscription au présent contrat s'effectue en remplissant le bulletin de souscription devant être retourné à l'Institution, accompagné de l'ensemble des pièces justificatives.

L'acceptation de l'Institution est matérialisée par l'envoi, par retour de courrier, du certificat de souscription.

Ayants droit

Vous pouvez choisir de couvrir un ou plusieurs de vos ayants droit, tels que définis au titre 5 « Définitions », y compris s'ils n'ont jamais bénéficié du contrat collectif frais de santé d'AGRI PRÉVOYANCE auparavant.

L'extension des garanties au bénéfice de vos ayants droit doit être demandée au moment de votre souscription au présent contrat au moyen du bulletin de souscription.

Il ne sera dérogé à cette règle que dans l'hypothèse d'un changement de votre situation familiale, tel que défini au titre 5 « Définitions ».

Dans ce cas, l'extension des garanties au bénéfice de vos ayants droit doit être demandée dans un délai de 30 jours suivant l'événement.

ARTICLE 2.7**Choix du niveau de couverture**

Le niveau de couverture choisi est précisé par vous-même sur le bulletin de souscription.

Principe

Le présent contrat vous permet de maintenir à l'identique le niveau de couverture dont vous bénéficiiez antérieurement au titre des garanties collectives santé.

Choix du niveau de couverture

Vous pouvez, lors de la souscription du présent contrat, choisir un niveau de couverture différent de celui dont vous bénéficiiez au titre des garanties collectives santé, en l'améliorant ou le réduisant par rapport aux niveaux de couverture souscrits auparavant par votre employeur.

Vous pouvez alors souscrire :

- soit uniquement au socle ;
- soit au socle amélioré de l'option 1, 2 ou 3.

Le niveau de couverture que vous avez choisi s'applique également, le cas échéant, à vos ayants droit affiliés.

ARTICLE 2.8**Durée du contrat****Prise d'effet de la souscription**

Le présent contrat prend effet le premier jour du mois qui suit la réception par l'Institution de votre bulletin de souscription dûment rempli et signé, accompagné de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires, et au plus tôt, le lendemain du jour au cours duquel la cessation de la garantie collective intervient.

Toutefois, en cas de demande d'extension de garanties à vos ayants droit postérieure à la souscription du présent contrat dans les conditions prévues à l'article « Modalités de souscription » sus visé, celle-ci prend effet le premier jour du mois qui suit la réception par l'Institution d'un nouveau bulletin de souscription dûment rempli et signé, accompagné de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires.

Durée

Le présent contrat prend fin le 31 décembre de chaque année civile. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année civile.

Renonciation au contrat

Après votre souscription au présent contrat, vous avez la possibilité de vous rétracter dans les 30 jours révolus qui suivent l'envoi du certificat de souscription, à la condition de n'avoir perçu aucun remboursement de frais de santé pendant ce délai.

Pour exercer ce droit, vous devez adresser à l'Institution une lettre recommandée avec accusé de réception, rédigée comme suit :

« Je soussigné(e), (nom, prénom, n° de Sécurité sociale, code client), demeurant (adresse), déclare vouloir exercer mon droit à renonciation prévu à l'article L. 932-15 du Code de la Sécurité sociale. Je demande ainsi l'annulation de ma souscription au contrat individuel complémentaire santé loi Évin « production agricole » à réception de la présente lettre. Je vous remercie de bien vouloir effectuer le remboursement des sommes éventuellement déjà versées. »

La renonciation s'effectue pour l'ensemble des personnes bénéficiaires du contrat et entraîne la restitution des sommes perçues par l'Institution au titre des cotisations, dans un délai maximal de 30 jours révolus à compter de la réception de la lettre recommandée signifiant la renonciation.

L'acceptation de la renonciation par l'Institution entraîne la nullité du contrat.

Résiliation du contrat

Principe

Vous avez la possibilité de résilier annuellement votre contrat individuel complémentaire santé loi Évin « production agricole ». Pour cela, vous devez adresser votre demande par lettre recommandée avec accusé de réception ou par envoi recommandé électronique adressé à l'Institution, au plus tard le 31 octobre de chaque année.

La résiliation prend alors effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

Résiliation en cas d'extension de garanties aux ayants droit

Vous avez la possibilité de résilier uniquement l'extension des garanties demandée pour vos ayants droit :

- annuellement, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de chaque année. La résiliation prend alors effet le 1^{er} janvier de l'année suivante,
- en cours d'année, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Institution dans les 30 jours qui suivent l'événement en cas de changement dans votre situation familiale. La résiliation prend alors effet à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit l'événement ou l'information à l'Institution.

L'extension des garanties est résiliée de plein droit à l'égard de l'ayant droit dès lors qu'il perd cette qualité.

Si vous avez demandé l'extension des garanties à vos ayants droit, vous vous engagez à communiquer à l'Institution toute modification survenue dans votre situation familiale.

En cas de résiliation de l'extension des garanties pour vos ayants droit, toute nouvelle demande de souscription au profit de ces derniers ne peut intervenir, au plus tôt, qu'à l'expiration d'un délai de 2 ans.

ARTICLE 2.9

Modification du niveau de couverture en cours de contrat

Vous pouvez demander à choisir un niveau de garanties plus élevé ou plus faible.

Ce changement est possible dès lors que vous en formulez la demande avant le 31 octobre de l'année en cours et qu'aucun autre changement de niveau n'ait été effectué dans les deux dernières années en cours.

Ce changement, qui prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivante, est formalisé par la signature d'un nouveau bulletin de souscription.

ARTICLE 2.10

Révision du contrat

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

En cas de changement de ces paramètres, l'Institution se réserve le droit de modifier les cotisations et/ou les garanties du présent contrat.

Vous pouvez refuser ces modifications dans les 30 jours qui suivent la notification des nouvelles conditions et demander la résiliation du contrat 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.

Jusqu'à la date d'effet de la résiliation, les anciens niveaux de garanties demeurent applicables. La part de cotisation afférente à la période de garantie ayant couru jusqu'à la date d'effet de la résiliation est calculée sur la base de l'ancien tarif et demeure exigible.

À défaut de résiliation, les nouvelles conditions contractuelles prennent effet à compter de la date portée sur la notification.

TITRE 3

COTISATIONS

ARTICLE 3.1

Montant de la cotisation

La garantie du présent contrat vous est accordée moyennant une cotisation annuelle exprimée en euros.

Votre cotisation est de type **Adulte/Enfant**. Votre cotisation globale est définie selon le principe suivant : une cotisation par personne assurée, dont le montant varie selon qu'il s'agit d'un adulte ou d'un enfant.

Une tarification particulière est établie pour les bénéficiaires qui relèvent du régime Alsace-Moselle.

Le montant de cette cotisation est fixé dans les conditions prévues par la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi ÉVIN » et ses décrets d'application. En l'état actuel de la réglementation, elle est plafonnée dans les conditions suivantes :

- 100 % du tarif des actifs la 1^{ère} année ;
- 125 % du tarif des actifs la seconde année ;
- 150 % du tarif des actifs la troisième année.

Au-delà de la troisième année, elle peut être révisée dans les conditions de l'article « Evolution de la cotisation ».

Son montant varie selon le niveau de couverture que vous avez choisi.

ARTICLE 3.2

Modalités de paiement de la cotisation

La cotisation est due pour l'année. Toutefois, lorsque la souscription au présent contrat intervient en cours d'année, la cotisation due au titre de la première année est calculée à concurrence de la période restant à courir.

Pour le règlement de cette cotisation, la périodicité est mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle, payable par prélèvement automatique, à compter du 10 de chaque période.

En cas de cessation des garanties dans les conditions prévues à l'article « Cessation des garanties », la cotisation afférente au mois au cours duquel est intervenu l'événement demeure acquise aux organismes assureurs. L'Institution procédera au remboursement des cotisations payées au-delà du mois de l'événement, le cas échéant.

ARTICLE 3.3

Sanction en cas de non-paiement de la cotisation

À défaut de paiement de tout ou partie de la cotisation dans les 10 jours qui suivent l'échéance mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle, l'Institution adresse au souscripteur, par lettre recommandée avec accusé de réception, une mise en demeure de procéder au paiement de la cotisation.

À défaut de paiement de la cotisation dans les 30 jours suivant cette mise en demeure, l'Institution pourra suspendre le contrat.

Le contrat sera résilié 40 jours après l'envoi de la mise en demeure si aucun paiement n'a été effectué durant cette période. Dans ce cas, les cotisations antérieurement versées demeurent intégralement acquises à l'Institution.

En cas de régularisation suite à la mise en demeure, après suspension du contrat et avant résiliation, les garanties du présent contrat reprennent effet le lendemain midi du jour du paiement.

Les frais de poursuite et de recouvrement sont à la charge du souscripteur.

ARTICLE 3.4

Evolution de la cotisation

Sans préjuger des ajustements nécessaires à l'équilibre technique du présent contrat et à l'évolution de la législation en vigueur, la cotisation (hors taxes) peut être réévaluée au 1^{er} janvier de chaque année, à partir de la quatrième année de souscription du présent contrat.

La réévaluation se fait en fonction de l'évolution de la moyenne des taux d'accroissement annuel de la consommation médicale totale, publiés dans le rapport annuel des comptes nationaux de la Santé. Cette moyenne est calculée sur la base des taux d'accroissement des trois dernières années recensées dans ce rapport.

TITRE 4

VOS GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 4.1

Bénéficiaire de la garantie

Les bénéficiaires de la garantie frais de santé sont :

- vous-même ;
- un ou plusieurs de vos ayants droit tel(s) que défini(s) au titre 6 « Définitions », pour le(s)quel(s) vous avez demandé une extension des garanties dans les conditions précisées à l'article « Modalités de souscription ».

ARTICLE 4.2

Entrée en vigueur des garanties

1 - Souscripteur

La garantie entre en vigueur dès la prise d'effet de votre souscription, conformément aux dispositions de l'article « Durée du contrat ».

2 - Ayants droit

Pour vos ayants droit, la garantie entre en vigueur :

- soit simultanément à la prise d'effet de votre souscription ;
- soit à la date de prise d'effet de l'extension de garanties en cas de demande postérieure à la souscription du présent contrat.

ARTICLE 4.3

Montant des garanties et remboursement des frais de santé

1 – Montant des remboursements

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.

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 du présent contrat.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale et/ou en euros.

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, c'est-à-dire du 1^{er} janvier au 31 décembre, sauf exceptions prévues par la réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au tableau de garanties.

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

- L'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par le régime de base. Cette prise en charge n'est pas obligatoire pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie. Néanmoins, elle peut être prévue au tableau de garanties ;
- La participation forfaitaire pour les actes mentionnés au I de l'article L.160-16 du Code de la Sécurité sociale (forfait « actes lourds ») ;
- L'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale, sans limitation de durée, facturé uniquement par les établissements de santé et non par les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées, les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes ...) ;
- L'intégralité des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité pour les équipements du panier de soins 100% santé :
- En optique, à hauteur des prix limites de vente (PLV) des montures et des verres de classe A fixés par la liste des produits et prestations (LPP) ainsi que la prestation d'appairage et le supplément pour les verres avec filtre afférents à hauteur du PLV.
- En audiologie, à hauteur des PLV des aides auditives de classe I fixés par la LPP ;
- Pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté à hauteur des Honoraires Limites de Facturation (HLF) fixés par la convention nationale dentaire du 21 juin 2018.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 - Règlement des frais de santé

Vos prestations sont réglées directement par votre caisse de Mutualité Sociale Agricole, seule interlocutrice pour le remboursement de la part complémentaire de vos frais de santé.

3 - Tiers payant

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 conditionné à l'acceptation de ce dernier. Pour justifier du tiers payant, l'Institution ou le délégataire de gestion, le cas échéant, vous délivre une carte complémentaire (sous forme papier) qui devra lui être(e) restituée lorsque vous cessez de bénéficier dudit contrat.

3 - Contrôle des prestations

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

Si, intentionnellement, vous fournissez de faux renseignements ou usez des 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, l'Institution ou le délégataire de gestion, le cas échéant, se réserve le droit de récupérer toutes prestations indûment réglées.

ARTICLE 4.4

Etendue territoriale des garanties

Les garanties s'exercent en France et à l'étranger quel que soit le pays dans lequel les dépenses 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, ne sont prises en charge au titre du présent contrat qu'à condition d'avoir été effectuées en France.

ARTICLE 4.5

Limites et exclusions des garanties

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 du présent contrat ;
- 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.
- le forfait journalier hospitalier des établissements médico-sociaux.

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

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

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

ARTICLE 4.6

Recours contre tiers responsable

Le recours contre tiers responsable est la procédure engagée à l'encontre d'un « tiers responsable » d'un accident (accident de la circulation, accident domestique, agression...) en vue du remboursement de tous les frais exposés suite à l'accident.

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

En application de ce texte, si vous êtes victime d'un accident mettant en cause un tiers, vous devez, sous peine de perdre vos droits à la garantie, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident, le nom des organismes assureurs en tant que tiers payeurs des prestations.

ARTICLE 4.7

Cessation des garanties

Outre le cas prévu aux articles « Renonciation » et « Résiliation » des présentes Conditions Générales, les garanties cessent :

- en cas de non-paiement des cotisations, conformément aux dispositions prévues à l'article « Sanction en cas de non-paiement de la cotisation » des présentes Conditions Générales ;
- à la fin du mois au cours duquel intervient votre décès.

Les garanties accordées aux ayants droit du souscripteur cessent, de plein droit et sans aucune formalité :

- à la fin du mois au cours duquel vous cessez d'être couvert ;
- à la fin du mois au cours duquel la résiliation de l'extension de la garantie aux ayants droit du souscripteur intervient ;
- dès la perte de la qualité d'ayant droit tel que défini au titre « Définitions » des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 4.8

Restitution de l'indu

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

TITRE 5

DISPOSITION DIVERSES

ARTICLE 5.1

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 la garantie 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 du souscripteur, 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 le souscripteur, 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 souscripteur à l'Institution en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 5.2

Fausse déclaration

Les déclarations faites par vous-même servent de base aux garanties.

L'Institution ou la MSA, 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 la nullité de l'assurance le cas échéant ou la réduction des prestations.

Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

ARTICLE 5.3

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 de vos données est soit, l'exécution du contrat auquel vous êtes partie soit l'exécution de mesures précontractuelles prises à votre demande 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, celles 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 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 vos droits en vous 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 5.4

Réclamations - Médiation

En cas de désaccord persistant concernant l'application du présent contrat, en dehors de toute demande de renseignement, information ou d'avis, vous pouvez adresser une réclamation :

- soit par courrier à AGRI PREVOYANCE - Service Réclamations, 21 rue de la Bienfaisance 75381 PARIS Cedex 08;
- soit par courriel sur le site Internet du Groupe AGRICA, www.groupagric.com, en cliquant sur la rubrique : « Contactez-nous » puis en sélectionnant le motif « Réclamation » dans la partie « Sujet de votre demande ».

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

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

Dès lors, l'Institution lui adresse un accusé de réception dans les 10 jours suivants la réception de sa demande, puis traite sa demande dans un délai maximal de deux mois.

Par 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 Cambacérés, 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 5.5

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

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

TITRE 6

DÉFINITIONS

Les définitions ci-dessous ont pour but d'aider les personnes assurées par le contrat à mieux comprendre les garanties dont ils bénéficient au titre du présent contrat complémentaire santé.

Définition des intervenants 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 de votre conjoint, cocontractant de PACS ou concubin, dont la filiation est légalement établie, sous réserve d'être à votre charge, c'est à dire si vous pourvoyez à leurs besoins et assurez leur entretien ;
- les enfants que vous avez recueillis et pour lesquels votre qualité de tuteur est reconnue.

Sont considérés comme « enfants à charge » :

- tous les enfants âgés de moins de 21 ans ;
- tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils sont étudiants et inscrits au régime de Sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Couverture Maladie Universelle (C.M.U.) ;

- tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils se trouvent sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
- tous les enfants, quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'Allocation pour Adulte Handicapé – AAH – (article L. 821-1 du Code de la Sécurité sociale). Les personnes handicapées qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquelles celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérées comme étant à charge.

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.

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.

CURE THERMALE

Séjour dans un centre thermal afin de traiter certaines affections. Les cures thermales sont remboursées par le régime de base obligatoire sous certaines conditions. Elles doivent être prescrites par un médecin.

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 télémedecine 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

Les définitions ci-dessus ont pour but d'aider les personnes assurées par le contrat à mieux comprendre les garanties dont ils bénéficient au titre du présent contrat complémentaire santé. Toutefois, si le participant souhaite obtenir des informations complémentaires, les organismes d'assurance maladie complémentaires réunis au sein de l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire) ont élaboré divers documents permettant de mieux comprendre les contrats complémentaire santé et notamment un glossaire définissant de façon détaillée les soins et prestations effectués par les professionnels de santé, les conditions et modalités de remboursement éventuel de ces soins et prestations par les Régimes obligatoires de protection sociale et/ou par les complémentaires santé.

Ces documents peuvent être librement consultés sur le site internet de l'UNOCAM, à l'adresse suivante :

<http://www.unocam.fr>

TITRE 7

TABLEAU DES GARANTIES

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

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

Il répond également aux exigences de prise en charge mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale : 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.

Le montant total des remboursements ne peut excéder les frais réellement engagés.

AGRI PREVOYANCE | CONTRAT INDIVIDUEL COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (LOI ÉVIN) PRODUCTION AGRICOLE | CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(8) **verres simples Classe B :**

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

verres complexes Classe B

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

verres très complexes Classe B

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

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

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

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

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

AGRI PREVOYANCE | CONTRAT INDIVIDUEL COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (LOI ÉVIN) PRODUCTION AGRICOLE | CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(8) verres simples Classe B :

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

verres complexes Classe B

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

verres très complexes Classe B

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

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

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

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

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

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Nom de l'accord: ACCORD NATIONAL - SOCLE

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 €	214,94 €	129,97 €
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 €	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 produits le: 29 août 2019

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Nom de l'accord: ACCORD NATIONAL - SOCLE

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 €
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 €	- €
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 €	- €
OPTIQUE					
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents (équipement 100% santé) ³	125,00 €	37,50 €	33,75 €	91,25 €	0 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents ⁴	345,00 €	0,15 €	0,14 €	214,90 €	129,97 €
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 €
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires (prothèse à honoraires maîtrisés)	538,70 €	120,00 €	108,00 €	430,70 €	- €
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 €
Aide auditive de classe II par oreille	1 476,00 €	350,00 €	315,00 €	35,00 €	1 126,00 €
SOINS COURANTS⁵					
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.

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 sphérocyliindriques 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: 29 août 2019

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Nom de l'accord: ACCORD NATIONAL - OPTION 1

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: 29 août 2019

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Nom de l'accord: ACCORD NATIONAL - OPTION 1

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 €
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 €	- €
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 €	- €
OPTIQUE					
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents (équipement 100% santé) ³	125,00 €	37,50 €	33,75 €	91,25 €	0 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents ⁴	345,00 €	0,15 €	0,14 €	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 €
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires (prothèse à honoraires maîtrisés)	538,70 €	120,00 €	108,00 €	430,70 €	- €
Couronne céramo-métallique sur molaire (prothèse à honoraires libres)	538,70 €	107,50 €	96,75 €	441,95 €	- €
AIDES AUDITIVES					
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	1 100,00 €	350,00 €	315,00 €	785,00 €	0 €
Aide auditive de classe II par oreille	1 476,00 €	350,00 €	315,00 €	1 161,00 €	- €
SOINS COURANTS⁵					
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 €	13,80 €	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.

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: 29 août 2019

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Nom de l'accord: ACCORD NATIONAL - OPTION 2

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 €	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 produits le: 29 août 2019

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Nom de l'accord: ACCORD NATIONAL - OPTION 2

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 €
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 €	- €
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 €	- €
OPTIQUE					
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents (équipement 100% santé) ³	125,00 €	37,50 €	33,75 €	91,25 €	0 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents ⁴	345,00 €	0,15 €	0,14 €	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 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires (prothèse à honoraires maîtrisés)	538,70 €	120,00 €	108,00 €	430,70 €	- €
Couronne céramo-métallique sur molaire (prothèse à honoraires libres)	538,70 €	107,50 €	96,75 €	441,95 €	- €
AIDES AUDITIVES					
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	1 100,00 €	350,00 €	315,00 €	785,00 €	0 €
Aide auditive de classe II par oreille	1 476,00 €	350,00 €	315,00 €	1 161,00 €	- €
SOINS COURANTS⁵					
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 €	25,30 €	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.

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 sphérocyindriques 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: 29 août 2019

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Nom de l'accord: ACCORD NATIONAL - OPTION 3

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 produits le: 29 août 2019

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Nom de l'accord: ACCORD NATIONAL - OPTION 3

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 €
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 €	- €
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 €	- €
OPTIQUE					
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents (équipement 100% santé) ³	125,00 €	37,50 €	33,75 €	91,25 €	0 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents ⁴	345,00 €	0,15 €	0,14 €	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 €
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires (prothèse à honoraires maîtrisés)	538,70 €	120,00 €	108,00 €	430,70 €	- €
Couronne céramo-métallique sur molaire (prothèse à honoraires libres)	538,70 €	107,50 €	96,75 €	441,95 €	- €
AIDES AUDITIVES					
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	1 100,00 €	350,00 €	315,00 €	785,00 €	0 €
Aide auditive de classe II par oreille	1 476,00 €	350,00 €	315,00 €	1 161,00 €	- €
SOINS COURANTS⁵					
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 €	25,30 €	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.

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: 29 août 2019

TITRE 8

LES PRESTATIONS DE LA GARANTIE ASSISTANCE

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

PRESTATIONS D'ASSISTANCE (par bénéficiaire et par an)

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

Assistance en cas d'hospitalisation (durée minimale de l'hospitalisation 4 jours)	
Enfant mineur de moins de 16 ans : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
Ascendants : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
Assistance au retour d'hospitalisation ou en cas d'immobilisation au domicile (durée minimale de l'hospitalisation 4 jours ou de l'immobilisation 10 jours)	
Organisation et prise en charge de la venue d'un proche	Frais de transport 2 fois par an
Aide-ménagère	10 heures réparties sur 30 jours 2 fois par an
Recherche et livraison de repas*	1 livraison par jour pendant 15 jours 2 fois par an
Recherche et livraison de médicaments*	6 livraisons par an
Assistance en cas de déplacement en France ou à l'étranger	-
Avance de frais médicaux à l'étranger	7500 € par événement

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

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

Dispositions générales de la garanties assistance

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 oeuvre :

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

BÉNÉFICIAIRES

- vous-même en tant que salarié couvert par la garantie frais de santé de la « Production agricole » ;
- vos ayants droit tels que définis au titre 6 « Définitions » des présentes Conditions générales valant Notice d'information.

DÉBUT ET FIN DE LA GARANTIE

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

Dans ce cas, les prestations prévues sont prises en charge si l'événement qui y a donné naissance est antérieur à la date de résiliation ou de sortie du contrat.

DÉFINITIONS

L'assistance santé

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

Domicile

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

Événements garantis :

→ Pour l'assistance Santé :

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

→ Pour l'assistance aux personnes en déplacement :

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

Hospitalisation

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

Immobilisation d'un bénéficiaire au domicile

L'état empêche le bénéficiaire d'exercer son activité habituelle et qui entraîne, à la suite d'une maladie ou d'un accident, son 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 enjeu le pronostic vital ou risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état de la victime si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

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

L'intoxication alimentaire est assimilée à un accident.

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

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

Blessure

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

Proche

Toute personne physique désignée par le bénéficiaire, domiciliée :

- en France métropolitaine, principautés d'Andorre ou de Monaco si le bénéficiaire est domicilié en France métropolitaine, principautés d'Andorre ou de Monaco ;
- dans le même territoire ou département d'Outre-mer que le bénéficiaire s'il est domicilié dans les DROM.

Par « DROM » (départements et régions d'Outre-mer), on entend les nouvelles appellations des DOM TOM depuis la Réforme Constitutionnelle du 17 mars 2003, venant modifier les dénominations des-DOM TOM et leurs définitions.

L'assistance aux personnes en déplacement

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

Déplacements garantis

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

Franchise

100 km du domicile.

Bagages

Les effets courants de voyage (maximum 20 kg).

La garantie organise

La garantie accomplit les démarches nécessaires pour accomplir la prestation.

La garantie prend en charge

La garantie finance le coût de la prestation.

ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

Pour l'assistance Santé :

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

Pour l'assistance aux personnes en déplacement :

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

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

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

MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE DE LA GARANTIE

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

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

DECLENCHEMENT DE LA GARANTIE

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

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

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

Depuis la France

Tél. : 01 55 98 57 60.

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

Depuis l'étranger

Tél. : 33 1 55 98 57 60.

Fax : 33 1 45 16 63 92 ou 33 1 45 16 63 94.

précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international MUTUAIDE a tout pouvoir d'appréciation pour définir, au cas par cas, la durée d'application des garanties appropriées. Il sera notamment tenu compte, pour ce faire, de l'état de santé et de l'environnement familial du bénéficiaire.

La garantie d'assistance n'a pas vocation à s'appliquer que dans les cas où l'entourage du bénéficiaire ne peut apporter à ce dernier l'aide requise par les circonstances.

Éléments à communiquer

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

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

Remboursement des frais engagés

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

MUTUAIDE ASSISTANCE

Service Gestion des Sinistres

8/14 avenue des Frères Lumière

94 368 Bry-sur-Marne cedex

Contrôle

Pour ouvrir droit au bénéfice d'une prestation, MUTUAIDE peut demander au bénéficiaire de la garantie de justifier de la qualité qu'il invoque et de produire, à ses frais, les pièces ou documents prouvant ce droit.

LIMITES DE RESPONSABILITÉ

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

LIMITES ET EXCLUSIONS DE LA GARANTIE

Outre les exclusions prévues à l'article « Etendue territoriale des garanties », la garantie Assistance exclut :

- les prestations qui n'ont pas été organisées par les soins de MUTUAIDE ou avec son accord ;
- la prise en charge des conséquences résultant d'actes intentionnels ou dolosifs du bénéficiaire ;
- les prestations servant à couvrir les conséquences d'infractions à la législation française ou étrangère ;
- les conséquences de l'exposition à des agents biologiques infectants, à des agents chimiques type gaz de combat, à des agents incapacitants, neurotoxique sous 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 ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence et intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales, ni prendre en charge les frais ainsi engagés, à l'exception des frais de transport en ambulance ou en taxi jusqu'au lieu le plus proche où pourront être prodigués les soins appropriés, en cas d'affection bénigne ou de blessures légères ne nécessitant ni un rapatriement ni un transport médicalisé.

Exclusions de l'assistance en déplacement :

- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical ou d'intervention de chirurgie esthétique ;
 - les événements survenus après le 90^e jour du déplacement ;
 - les événements survenus lors d'un déplacement à moins de 100 km du domicile ;
 - les frais engagés après le retour du voyage ou l'expiration de la garantie ;
 - les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité du contrat, et notamment au-delà de la durée du déplacement prévu ;
 - les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec le bénéficiaire ;
 - les maladies chroniques ;
- les frais médicaux et d'hospitalisation dans le pays de domicile du bénéficiaire, en France métropolitaine et dans les DROM ;
- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et/ou qui n'empêchent pas le bénéficiaire de poursuivre son voyage ;
 - les convalescences et les affections en cours de traitement non encore consolidées et comportant un risque d'aggravation brutale ;
 - les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies et les frais en découlant ;
 - les maladies et/ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation ambulatoire dans les 3 mois précédant la date du départ en voyage, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état ;
 - les événements liés à un traitement médical ou à une intervention chirurgicale qui ne présenteraient pas un caractère imprévu, fortuit ou accidentel ;

- les services médicaux ou paramédicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant ;
- les frais de prothèse (optique, dentaire, acoustique, fonctionnelle) ;
- les frais de douane, de restauration, d'hôtel, sauf ceux précisés dans le texte des garanties.

Exclusions de l'assistance Santé :

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

TRAITEMENT DES RECLAMATIONS

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

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.

Descriptif des garanties assistance

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

1 INFORMATIONS ET SERVICES SANTÉ

Informations pratiques et juridiques

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

MUTUAIDE recherche les informations pratiques à caractère documentaire destinées à orienter le salarié dans les domaines de la vie quotidienne. Les informations communiquées par MUTUAIDE 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 recherche et communique au bénéficiaire des informations à caractère général dans le domaine de la maladie et de la santé telles que :

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

Recherche et envoi d'un professionnel de santé

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

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

Réservation d'un lit en milieu hospitalier

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

Mise en relation avec un médecin

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

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

Soutien psychologique

Le bénéficiaire est hospitalisé pour une durée égale ou supérieure à 48 heures ou immobilisé au domicile pour une durée égale ou supérieure à 10 jours.

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

2 ASSISTANCE DE L'ENFANT MALADE

Garde des enfants

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

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

3 ASSISTANCE CAS D'HOSPITALISATION (PRÉVUE OU IMPRÉVUE)

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

Accompagnement administratif et social

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

Garde des enfants de moins de 16 ans

Le bénéficiaire est hospitalisé et personne dans son entourage immédiat ne peut se charger de la garde des enfants au domicile.

MUTUAIDE 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 au domicile du bénéficiaire 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 le bénéficiaire.

Garde des ascendants

Le bénéficiaire est hospitalisé et personne dans son entourage immédiat ne peut se charger de la garde des ascendants à sa charge.

MUTUAIDE 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 au domicile du bénéficiaire pour garder les ascendants, et ce, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales ;

- **soit** le transport aller-retour des ascendants jusqu'au domicile d'un proche désigné par le bénéficiaire.

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

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

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

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

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

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

Aide-ménagère

Le bénéficiaire, immobilisé au domicile, est dans l'impossibilité de remplir les obligations domestiques.

En fonction des disponibilités locales, MUTUAIDE 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).

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

Recherche et livraison de repas

Le bénéficiaire, immobilisé au domicile, est dans l'impossibilité de préparer les repas ou d'effectuer les courses.

MUTUAIDE organise et prend en charge, dans la limite des contraintes locales, la livraison de repas à son domicile (comprenant un ou deux repas) selon les conditions prévues au tableau des prestations de la garantie Assistance.

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

Recherche et livraison de médicaments

Le bénéficiaire, immobilisé au domicile, n'est pas en mesure d'aller acheter ses médicaments.

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 son domicile des médicaments indispensables à son traitement.

Le coût des médicaments reste à la charge du bénéficiaire.

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

5 ASSISTANCE AUX PERSONNES EN DÉPLACEMENT

Ces prestations sont accordées lorsque le bénéficiaire est malade ou blessé lors d'un déplacement garanti.

MUTUAIDE intervient dans les conditions suivantes :

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

MUTUAIDE peut procéder à l'avance des frais médicaux ou d'hospitalisation que le bénéficiaire doit engager hors de son pays de domicile, hors de France métropolitaine et hors des DROM 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 doivent juger, après recueil des informations auprès du médecin local, qu'il est impossible de rapatrier le bénéficiaire dans l'immédiat dans son pays de domicile ;

- les soins auxquels s'applique l'avance doivent être prescrits en accord avec les médecins de MUTUAIDE ;

- Le bénéficiaire ou toute personne autorisée par lui doit :

- s'engager formellement par la signature d'un document spécifique, fourni par MUTUAIDE lors de la mise en oeuvre de la présente prestation,

- engager les démarches de prise en charge des frais auprès des organismes d'assurance dans un délai de 15 jours, à compter de la date d'envoi des éléments nécessaires à ces démarches par MUTUAIDE,

- effectuer les remboursements à MUTUAIDE 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, et dans la limite du montant de prise en charge prévu pour la prestation, les frais non pris en charge par les organismes d'assurance.

Le bénéficiaire doit communiquer à MUTUAIDE l'attestation de refus de prise en charge de ces organismes dans la semaine qui suit sa réception.

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

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

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

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

Rapatriement d'un bénéficiaire malade ou blessé

Le bénéficiaire est malade ou blessé lors d'un déplacement garanti.

MUTUAIDE organise et prend en charge son rapatriement médical au domicile ou dans un établissement hospitalier proche de chez lui.

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

Seules les exigences d'ordre médical sont prises en considération pour arrêter la date du rapatriement, le choix du moyen de transport ou du lieu d'hospitalisation. La décision de rapatriement est prise par le médecin conseil de MUTUAIDE 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 9

LES SERVICES DU RÉSEAU DE SOINS

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

Le tiers payant

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

Les applications internet

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

Le réseau des opticiens partenaires

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



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