



ENTREPRISE

CONDITIONS GÉNÉRALES

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES
ENTREPRISES DU PAYSAGE
OUVRIERS ET EMPLOYÉS**



**AGRICA
PRÉVOYANCE**

Proches par nature, engagés à vos côtés

SOMMAIRE



TITRE 1 PRÉAMBULE 6

TITRE 2 DISPOSITIONS GÉNÉRALES 7

ARTICLE 2.1	OBJET DU CONTRAT	7
ARTICLE 2.2	COMPOSITION DU CONTRAT	7
ARTICLE 2.3	ORGANISME ASSUREUR	7
ARTICLE 2.4	DELEGATION DE GESTION	8
ARTICLE 2.5	LA GARANTIE ASSISTANCE	8
ARTICLE 2.6	LE RESEAU DE SOINS	8
ARTICLE 2.7	PRESCRIPTION	8
ARTICLE 2.8	RECOURS CONTRE LE TIERS RESPONSABLE	9
ARTICLE 2.9	PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	9
ARTICLE 2.10	RECLAMATIONS – MEDIATION	10
ARTICLE 2.11	Degré élevé de solidarité	10
ARTICLE 2.12	FAUSSE DÉCLARATION	10
ARTICLE 2.13	LUTTE CONTRE LA CORRUPTION	10
ARTICLE 2.14	LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	10

TITRE 3 EXECUTION DU CONTRAT 12

ARTICLE 3.1	PRESENTATION DU CONTRAT	12
ARTICLE 3.2	ADHESION DE L'ENTREPRISE	12
ARTICLE 3.3	PRISE D'EFFET, DURÉE ET RESILIATION DU CONTRAT	12

ARTICLE 3.4	COMMUNICATION DES FRAIS DE GESTION	13
ARTICLE 3.5	GROUPE ASSURE	13
ARTICLE 3.6	AFFILIATION ET ADMISSION DANS L'ASSURANCE	13
ARTICLE 3.7	REVISION DU CONTRAT	15
ARTICLE 3.8	RESTITUTION DE L'INDU	15
ARTICLE 3.9	COTISATIONS	15
ARTICLE 3.10	OBLIGATIONS DE L'INSTITUTION	16
ARTICLE 3.11	OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHERENTE	16
ARTICLE 3.12	OBLIGATIONS DU PARTICIPANT	17
TITRE 4	COUVERTURE DE PREVOYANCE INCAPACITE DE TRAVAIL	18
ARTICLE 4.1	DISPOSITIONS COMMUNES	18
ARTICLE 4.2	INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	19
ARTICLE 4.3	INCAPACITE PERMANENTE DE TRAVAIL	20
TITRE 5	COUVERTURE DE PREVOYANCE DECES	22
ARTICLE 5.1	CAPITAL DECES	22
ARTICLE 5.2	RENTE EDUCATION	23
ARTICLE 5.3	INDEMNITE FUNERAIRE	23
ARTICLE 5.4	EXCLUSIONS	23
ARTICLE 5.5	MAINTIEN DES PRESTATIONS DECES	24
ARTICLE 5.6	VERSEMENT DES PRESTATIONS DECES	24
TITRE 6	COUVERTURE FRAIS DE SANTE	25
ARTICLE 6.1	BENEFICIAIRES DES GARANTIES	25
ARTICLE 6.2	ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES	25
ARTICLE 6.3	MONTANT DES GARANTIES	25
ARTICLE 6.4	REGLEMENT DES PRESTATIONS	26
ARTICLE 6.5	LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIES	27

ARTICLE 6.6	CONTROLE DES PRESTATIONS	27
ARTICLE 6.7	ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES	27
ARTICLE 6.8	MAINTIEN GRATUIT DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTE AUX AYANTS DROIT D'UN PARTICIPANT DECEDE	27
ARTICLE 6.9	MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL	27
TITRE 7	PORTABILITE DES DROITS	29
ARTICLE 7.1	BENEFICIAIRES	29
ARTICLE 7.2	OUVERTURE ET DUREE DES DROITS A PORTABILITE	29
ARTICLE 7.3	OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHERENTE	29
ARTICLE 7.4	OBLIGATIONS DE L'ANCIEN SALARIE	29
ARTICLE 7.5	PRESTATIONS	30
ARTICLE 7.6	CESSATION DE LA PORTABILITE	30
TITRE 8	DEFINITIONS COUVERTURE PREVOYANCE ET FRAIS DE SANTE	31
ARTICLE 8.1	DEFINITIONS DES INTERVENANTS AU CONTRAT	32
ARTICLE 8.2	DEFINITIONS DES TERMES PROPRES AU CONTRAT	32
TITRE 9	TABEAU DES GARANTIES PREVOYANCE	35
TITRE 10	TABLEAUX DE LA GARANTIE SANTE	38
TITRE 11	GARANTIE ASSISTANCE	44
ARTICLE 11.1	DISPOSITIONS GENERALES DE LA GARANTIE ASSISTANCE	44
ARTICLE 11.2	DESCRIPTIF DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE	48
TITRE 12	TABEAU DES PRESTATIONS ASSISTANCE	52

TITRE 13 RESEAU DE SOINS

54

PRÉAMBULE



Les Partenaires Sociaux de la Convention Collective Nationale du 10 octobre 2008 ont défini dans le cadre de cette dernière, un régime de prévoyance et de frais de santé applicable à l'ensemble des ouvriers et employés des entreprises du Paysage.

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

Il est mis en œuvre par le présent contrat.

Les salariés sont nommés ci-après « participants ».

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

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

Les présentes Conditions générales sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2022.

TITRE 2

DISPOSITIONS GÉNÉRALES



ARTICLE 2.1 OBJET DU CONTRAT

Les présentes Conditions générales assurent la couverture des garanties de prévoyance et frais de santé définies par la Convention Collective Nationale des entreprises du Paysage du 10 octobre 2008.

Ces garanties revêtent un caractère collectif et obligatoire. Les dispositions relatives au régime de Prévoyance et Frais de santé s'imposent à toutes les entreprises relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale des entreprises du Paysage du 10 octobre 2008, tant en termes de garanties que de niveau de prestations.

Sont ainsi visées toutes les entreprises du Paysage qui remplissent les conditions suivantes :

- qui ont leur siège social ou leurs agences sur le territoire métropolitain, y compris en Corse ou dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) ;

- dont l'activité exclusive ou principale, définie au 2° de l'article L. 722-2 du Code rural et de la pêche maritime, s'exerce dans un ou plusieurs des secteurs suivants :

- réalisation et entretien de parcs et jardins, paysagisme d'intérieur, aménagements paysagers, réalisation et entretien des espaces engazonnés des terrains de sport, à l'exclusion des travaux non liés à l'aménagement paysager ;
- engazonnement par projection, application de produits phytopharmaceutiques ;
- reboisement, élagage, débroussaillage, « abattage d'arbres d'alignement et d'ornement » ;
- arrosage automatique lié à l'aménagement paysager ;
- végétalisation, génie végétal ;
- petits travaux de jardinage, dans le cadre des entreprises de services à la personne agréées.

Les activités du champ d'application de la présente convention collective comprennent les travaux de maçonnerie paysagère nécessaires à la réalisation d'ouvrages paysagers. Sont également inclus dans le champ d'application, les activités décrites en référence au code NAF 8130Z ainsi que le syndicat professionnel d'employeurs dont l'activité s'exerce à titre exclusif au profit des entreprises couvertes par le présent champ et dont il est mandataire.



ARTICLE 2.2 COMPOSITION DU CONTRAT

Le contrat se compose :

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



ARTICLE 2.3 ORGANISME ASSUREUR

Les garanties du contrat sont assurées par :

- **AGRI PREVOYANCE**, Institution de prévoyance, régie par les dispositions de l'article L.727-2 du Code rural et de la pêche maritime et du livre IX du Code de la Sécurité sociale, sise 21 rue de la Bienfaisance - 75382 Paris Cedex 08, dénommée ci-après « l'Institution »,

La garantie assistance est assurée par :

- **Mutuaide Assistance**, 126 rue de la Piazza - CS 20010 - 93196 Noisy-le-Grand cedex

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

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

ARTICLE 2.4 DELEGATION DE GESTION

Pour les entreprises de la métropole

La gestion :

- des affiliations,
- de l'appel des cotisations,
- du paiement des prestations incapacité temporaire de travail,
- du paiement des prestations frais de santé,

afférente au présent contrat est déléguée aux caisses de Mutualité Sociale Agricole dont relèvent les entreprises adhérentes et les participants.

Pour les entreprises des départements et régions d'outremer (DROM)

■ Prévoyance

La gestion des prestations incapacité temporaire de travail est assurée directement par l'Institution.

■ Santé

L'Institution délègue le versement des prestations complémentaires frais de santé à la CCMO Mutuelle, 6, avenue du Beauvaisis, PAE du Haut-Villé, BP 50993, 60014 BEAUVAIS Cedex.

ARTICLE 2.5 LA GARANTIE ASSISTANCE

Le présent contrat propose une garantie « Assistance », dont la mise en oeuvre et les modalités sont décrites aux titres 11 et 12 du présent contrat.

ARTICLE 2.6 LE RESEAU DE SOINS

Les salariés couverts et, le cas échéant, leurs ayants droit bénéficient des services proposés par le réseau de soins décrit au titre 13 du présent contrat.

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

ARTICLE 2.7 PRESCRIPTION

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

- par deux ans en ce qui concerne l'appel de cotisations,
- par cinq ans en ce qui concerne la garantie incapacité temporaire de travail,

par deux ans en ce qui concerne la garantie incapacité permanente de travail,

par dix ans en ce qui concerne la garantie décès, lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré et par deux ans lorsque le bénéficiaire est l'assuré,

par dix ans en ce qui concerne la garantie décès, lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré et par deux ans lorsque le bénéficiaire est l'assuré.

- par deux ans en ce qui concerne les prestations de la couverture frais de santé.

Toutefois ce délai ne court :

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

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

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

Il s'agit notamment de :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du Code civil) ;
- une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;
- un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).

La prescription est également interrompue par :

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



ARTICLE 2.8

RECOURS CONTRE LE TIERS RESPONSABLE

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

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



ARTICLE 2.9

PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

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

Les données que l'Institution traite sont indispensables à la mise en oeuvre du présent contrat. Le fondement légal justifiant le traitement des données est, soit l'intérêt légitime de l'Institution, soit le respect d'une obligation conventionnelle ou réglementaire.

Sont traitées les catégories de données suivantes :

- les coordonnées professionnelles des représentants de l'Entreprise (nom, prénom, numéro de téléphone, e-mails professionnels) ;
- les données d'identification des participants et, s'il y a lieu, des ayants droit et des bénéficiaires (numéro de Sécurité sociale, civilité, nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse postale, numéro de téléphone, e-mail) ;
- les données relatives à leur situation professionnelle ;
- les données relatives aux décomptes des frais médicaux et de soins ;
- dans le respect du secret médical, les données santé communiquées au Médecin conseil de l'Institution ;
- les données bancaires des participants ;
- le cas échéant, le numéro d'identification de l'espace privé du site internet.

Ces données sont traitées pour les finalités suivantes :

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

Afin de lutter contre la fraude à l'assurance, des données personnelles pourront être utilisées pour prévenir, détecter et gérer les fraudes quel qu'en soit l'auteur.

Dans le cadre du dispositif de lutte contre la fraude, ces données personnelles peuvent faire l'objet d'un traitement par l'Institution et conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

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, délégataires de gestion, intermédiaires, réassureurs, coassureurs, distributeurs, les organismes professionnels et organismes assureurs tiers intervenant au présent contrat.

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

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

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

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

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

Elles peuvent exercer leurs droits en s'adressant au Délégué à la Protection des données par courrier électronique à l'adresse : dpo.blf@goupagricar.com ou par courrier postal à l'adresse : Groupe AGRICA, Direction déléguée Maîtrise des Risques, 21 rue de la Bienfaisance, 75382 PARIS cedex 08.



ARTICLE 2.10 RECLAMATIONS – MEDIATION

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

- soit par courrier à l'adresse suivante : AGRI PREVOYANCE, Service Réclamations, 21 rue de la Bienfaisance 75382 Paris cedex 08 ;
- soit par courriel sur le site internet d'AGRICA, www.groupagricar.com, en cliquant sur la rubrique : « Contactez-nous » puis en sélectionnant le motif « Réclamation » dans la partie « Sujet de votre demande ».

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

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

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

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

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



ARTICLE 2.11 DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE

Les salariés en difficulté sociale, professionnelle ou matérielle, peuvent bénéficier de prestations présentant un haut degré de solidarité.

À ce titre, la garantie frais de santé étant maintenue, notamment au titre des droits contributifs, sans contrepartie de cotisation au profit :

- des salariés en arrêt de travail à partir d'une absence d'un mois civil complet et pendant toute la période d'arrêt indemnisée par le régime de base obligatoire ;
- des ayants droit d'un salarié décédé jusqu'à la fin des 3 mois civils suivant la date de décès.

Pour compléter ces actions de solidarité, la Commission Paritaire de suivi pourra décider, chaque année, de mettre en oeuvre une politique d'action sociale et/ou de prévention.

En outre, les salariés (ouvriers et employés) peuvent bénéficier de l'action sociale de l'Institution.



ARTICLE 2.12 FAUSSE DECLARATION

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

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

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

Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.



ARTICLE 2.13 LUTTE CONTRE LA CORRUPTION

L'entreprise adhérente s'engage tant pour elle-même que pour l'ensemble des personnes sous sa responsabilité ou agissant en son nom et pour son compte, pendant toute la durée d'exécution du contrat, à respecter l'ensemble des lois, réglementations et normes afférentes à la lutte contre la corruption.

L'entreprise adhérente garantit que ni elle ni aucune personne sous sa responsabilité ou agissant en son nom et/ou pour son compte, n'a accordé ni n'accordera d'offre, de rémunération ou de paiement ou avantage d'aucune sorte, constituant ou pouvant constituer un acte ou une tentative de corruption, directement ou indirectement, en vue ou en contrepartie de l'attribution/l'exécution du contrat.

L'entreprise adhérente s'engage à informer immédiatement le Groupe AGRICA de toute mise en examen/enquête/condamnation ou procédure judiciaire engagée par toute autorité publique et relative à une violation des lois et réglementations afférentes à la lutte contre la corruption.



ARTICLE 2.14 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

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

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

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

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

TITRE 3

EXECUTION DU CONTRAT



ARTICLE 3.1 PRESENTATION DU CONTRAT

Le présent contrat assure :

- une couverture de prévoyance complémentaire obligatoire pour tous les salariés appartenant au groupe assuré défini au présent contrat ;
- une couverture complémentaire frais de santé obligatoire pour tous les salariés appartenant au groupe assuré défini au présent contrat.

Ces couvertures sont définies aux titres 4, 5 et 6 du présent contrat.



ARTICLE 3.2 ADHESION DE L'ENTREPRISE

Caractère obligatoire du régime

Afin de satisfaire à leurs obligations conventionnelles résultant de la CCN des entreprises du Paysage du 10 octobre 2008, en matière de prévoyance et santé, toutes les entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel de la CCN des entreprises du Paysage peuvent adhérer à AGRI PREVOYANCE, organisme recommandé par les partenaires sociaux afin de satisfaire aux obligations conventionnelles résultant du chapitre VII de la CCN des entreprises du Paysage du 10 octobre 2008.

Modalités d'adhésion des entreprises

L'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale des entreprises du Paysage du 10 octobre 2008 peuvent adhérer au présent contrat.

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

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



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

▼ 3.3.1 Prise d'effet

Le présent contrat prend effet à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception du bulletin d'adhésion par l'Institution.

▼ 3.3.2 Durée

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

3.3.3 Résiliation

La résiliation de l'adhésion au contrat par l'entreprise adhérente ou par l'Institution s'effectue au moins deux mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours pour que l'adhésion au contrat cesse de produire ses effets au 31 décembre de cette même année.

La résiliation par l'Institution s'effectue par lettre recommandée avec accusé de réception, le cachet de la poste faisant foi du respect du délai de préavis.

La résiliation par l'entreprise adhérente peut être effectuée, à son choix :

- par tout support durable. A cet effet, l'entreprise adhérente peut adresser une lettre « au service résiliation situé au 21 rue de la Bienfaisance, 75382 Paris cedex 08 » ou compléter le formulaire dédié mis à disposition sur son espace client privé et sécurisé sur le site internet www.groupagricar.com,
- ou par déclaration faite au siège social de l'Institution contre remise d'un récépissé,
- ou par acte extrajudiciaire,
- ou lorsque l'Institution propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Le cachet de la poste, la date d'expédition du recommandé électronique ou la date figurant sur le récépissé actant de la demande de résiliation font foi du respect du préavis de deux mois.

L'Institution confirme par écrit la réception de la demande de résiliation effectuée par l'entreprise adhérente.

Conséquences de la résiliation :

En cas de résiliation du contrat, les engagements réciproques de l'entreprise adhérente et de l'Institution prennent fin à la date d'effet de la résiliation, sauf pour les risques prévoyance pris en charge antérieurement à celle-ci qui continuent à ouvrir droit au versement des prestations.

Dans ces situations, l'Institution maintiendra les prestations en cours de service, et ce, au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation.

En cas de changement d'organisme assureur, l'entreprise, en application de l'article L. 912-3 du Code de la Sécurité sociale, organisera les modalités de la poursuite des revalorisations des prestations en cours de service.

ARTICLE 3.4 COMMUNICATION DES FRAIS DE GESTION

Le ratio S/P et le ratio frais de gestion/cotisations du régime frais de santé sont fixés dans le document « Informations relatives aux complémentaires santé » faisant l'objet d'une annexe au présent contrat.

Conformément à la réglementation en vigueur, les informations sont communiquées avant la souscription du contrat et sont actualisées chaque année.

ARTICLE 3.5 GROUPE ASSURE

Le groupe assuré est constitué par l'ensemble des ouvriers et employés ne relevant pas de l'Accord du 15 juin 2012 relatif au régime des TAM et des cadres des entreprises du Paysage et des articles 4, 4 bis et de l'article 36 de l'annexe 1 de la CCN AGIRC du 14 mars 1947.

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

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

L'ouverture du droit aux prestations s'effectue selon les conditions d'ancienneté prévues pour chaque garantie.

ARTICLE 3.6 AFFILIATION ET ADMISSION DANS L'ASSURANCE

Doit être obligatoirement affilié au présent contrat, l'ensemble des salariés présents et futurs constituant le groupe assuré.

3.6.1 PRINCIPES

Entreprises de la métropole

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

L'affiliation du participant prend effet :

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

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

L'affiliation et l'admission dans l'assurance des ayants droit prennent effet :

- à la date de prise d'effet de l'affiliation du participant ;
- à la date de survenance de l'évènement engendrant une modification de la situation familiale du participant, dûment déclaré à l'Institution dans le délai de 30 jours suivant l'évènement.

Entreprises des DROM

L'entreprise adhérente doit formaliser l'affiliation du salarié par l'envoi à l'Institution d'un bulletin d'affiliation cosigné par l'entreprise et l'intéressé.

Le défaut de signature du bulletin d'affiliation par le salarié ne remet pas en cause l'affiliation de ce dernier. Dans cette situation, l'entreprise adhérente doit néanmoins adresser ledit bulletin à l'Institution.

En complément du bulletin d'affiliation, les pièces suivantes doivent être fournies :

- une photocopie de l'attestation papier accompagnant la carte vitale de la personne assurée (celle du participant ainsi que celle de ses ayants droit s'ils ne sont pas mentionnés sur l'attestation du participant) ;
- une photocopie du livret de famille ;
- un certificat de scolarité, un certificat d'apprentissage, une attestation de chômeur non indemnisé, une photocopie de la carte d'invalidité pour les enfants à charge, tels que définis au Titre « Définitions des ayants droit » des présentes Conditions générales ;
- un relevé d'identité bancaire (pour le règlement des prestations).

L'affiliation du participant prend effet :

- à la date de réception du bulletin d'affiliation par l'Institution, lorsque l'affiliation du salarié est concomitante à l'adhésion de l'entreprise au présent contrat ;
- à compter de la date d'embauche du salarié, lorsque celui-ci est engagé postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat.

Les garanties du présent contrat prennent effet selon les conditions propres à chaque garantie.

▼ **3.6.2 Règles spécifiques pour la garantie frais de santé**

Par dérogation au principe d'affiliation obligatoire, et sans préjudice des cas de dispense d'ordre public prévus par les textes législatifs et réglementaires en vigueur, les participants se trouvant dans l'une des situations précisées ci-dessous, pourront se dispenser d'affiliation :

- **les participants bénéficiant de la Complémentaire Santé Solidaire ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L.863-1 du Code de la Sécurité sociale.** La dispense ne peut jouer que jusqu'à la fin de cette couverture ou de cette aide.

- **les participants déjà couverts par ailleurs :**

en qualité d'ayant droit : cette dispense d'affiliation prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit ;
par l'exercice d'une autre activité exercée simultanément chez plusieurs employeurs ne relevant pas tous du champ d'application de la CCN des entreprises du Paysage.

- **le participant exerçant une activité à temps partiel, ou en contrat d'apprentissage, dès lors que sa part de la cotisation frais de santé est égale ou supérieure à 10 % de sa rémunération brute.**
- **les participants couverts par la garantie Frais de santé des entreprises du Paysage à titre d'ayant droit** (en tant que conjoint travaillant dans la même entreprise qu'un salarié déjà affilié).

Dans tous les cas, préalablement à la demande de dispense, l'employeur doit informer son salarié des conséquences de son choix d'être dispensé. Dès lors, l'employeur doit indiquer au salarié qu'il n'est pas redevable de la cotisation santé et qu'il ne bénéficiera pas des prestations ni du droit à portabilité. Le salarié doit indiquer dans sa demande de dispense qu'il reconnaît avoir été informé en bonne et due forme.

Chaque année, le participant devra produire à l'entreprise adhérente les justificatifs permettant de vérifier que les conditions requises pour bénéficier de la dispense d'affiliation sont remplies. Lorsque la dispense prend fin ou n'est pas renouvelée, l'entreprise adhérente doit en informer l'Institution dans les plus brefs délais.

▼ **3.6.3 DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL**

■ **Suspension du contrat de travail indemnisée**

Les garanties de prévoyance et de frais de santé, lorsqu'elles ont été souscrites par l'entreprise, sont maintenues, pendant la période de suspension du contrat de travail, lorsque :

- le participant est indemnisé au titre de l'incapacité temporaire et permanente de travail pour cause de maladie, accident de la vie privée, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle pris en charge par le régime de base des assurances sociales. Dans cette situation, l'entreprise adhérente et le participant sont exonérés du versement des cotisations prévoyance et frais de santé dans les conditions définies à l'article « Exonération des cotisations » des présentes Conditions générales.

- le participant bénéficie d'un revenu de remplacement versé par l'entreprise adhérente, notamment : en cas d'activité partielle, d'activité partielle longue durée ou encas de congé de reclassement ou de congé de mobilité. Dans cette situation, le versement des cotisations prévoyance et frais de santé doit être effectué par l'entreprise adhérente et le participant pendant toute la période suspension du contrat de travail indemnisée, dans les conditions définies au présent contrat.

■ **Suspension du contrat de travail pour une autre cause**

En cas de suspension du contrat de travail prévu par le Code du travail ou par la convention collective (congé sans solde, congé parental, congé pour création d'entreprise...), le participant peut demander le maintien de la garantie frais de santé moyennant le versement complet de la cotisation correspondante (parts patronale et salariale) calculée sur la somme des rémunérations brutes ayant donné lieu à cotisations au cours des 4 derniers trimestres civils précédant la suspension du contrat de travail.

Dès réception de la lettre recommandée du participant annonçant à l'entreprise sa volonté d'exercer son droit à congé, celle-ci doit en informer la caisse de la Mutualité Sociale Agricole en communiquant les nom, prénom(s), n° de Sécurité sociale, la date et le motif de la suspension du contrat de travail de l'intéressé. Dès réception de ces informations, la caisse de la Mutualité Sociale Agricole informe le participant de la possibilité de maintenir sa couverture frais de santé.

En l'absence de demande de maintien de la garantie frais de santé par le participant, celle-ci cesse le dernier jour du mois pour lequel la cotisation a été versée.

À défaut d'information de la caisse de la Mutualité Sociale Agricole par l'entreprise adhérente concernant le participant en situation de suspension de contrat de travail, le versement de prestations complémentaires santé par la caisse de la Mutualité Sociale Agricole durant cette période impliquera le paiement intégral des cotisations correspondantes par l'entreprise adhérente.

▼ 3.6.4 CESSATION DE L’AFFILIATION

■ Du participant

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

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

■ Des ayants droit

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

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

▼ 3.6.5 CESSATION DU DROIT AUX GARANTIES

Sans préjudice du droit à portabilité, pour chaque participant, les garanties de prévoyance prennent fin à la date de cessation de leur affiliation dans les conditions du paragraphe ci-dessus, à l’exception :

- du maintien du versement, au niveau atteint, des prestations incapacité temporaire ou incapacité permanente en cours de service ;
- du maintien du droit à la garantie décès aux bénéficiaires des prestations incapacité temporaire ou incapacité permanente et ce, durant toute la période de versement de celles-ci.

En tout état de cause, elles cessent, excepté pour les participants bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi/Retraite, à la date de liquidation de la pension de vieillesse du régime de base de Sécurité sociale, y compris pour inaptitude au travail.

La cessation du droit aux garanties s’opère toujours de plein droit.

Les garanties frais de santé cessent :

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

ARTICLE 3.7 REVISION DU CONTRAT

Les montants de cotisations définis dans le présent contrat ont été établis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d’effet. L’engagement de l’Institution est acquis pour autant que ce cadre perdure.

Les taux de cotisations et le niveau des garanties sont déterminés par les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale des entreprises du Paysage du 10 octobre 2008 et ses avenants.

Toute modification décidée par les partenaires sociaux sera automatiquement répercutée sur les dispositions du présent contrat. Une information sera alors réalisée auprès de chaque entreprise par l’Institution.

ARTICLE 3.8 RESTITUTION DE L’INDU

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

ARTICLE 3.9 COTISATIONS

▼ 3.9.1 TAUX ET MONTANT DES COTISATIONS

Les taux des cotisations sont fixés au barème des cotisations.

Les taux et montant des cotisations finançant les garanties du présent contrat, ainsi que leur répartition entre l’entreprise adhérente et le participant, **sont déterminés par les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale des entreprises du Paysage et ses avenants.**

Ils sont communiqués, chaque année, par l’Institution à l’entreprise adhérente.

Les cotisations de prévoyance sont calculées en pourcentage de salaire. Elles sont dues dès l’affiliation du participant.

La cotisation frais de santé est exprimée en euros. La cotisation est due dès l’affiliation du participant.

▼ 3.9.2 ASSIETTE DE COTISATIONS

Les cotisations appelées **en pourcentage de salaire** sont calculées sur la base des rémunérations brutes entrant dans l’assiette des cotisations de Sécurité sociale, telle que définie à l’article L. 741-10 du Code rural et de la pêche maritime ainsi que, le cas échéant, sur le revenu de remplacement versé et déclaré par l’entreprise adhérente, notamment dans le cadre de l’activité partielle, de l’activité partielle de longue durée, du congé de reclassement ou du congé de mobilité.

▼ 3.9.3 DISPOSITIONS SPECIFIQUES A LA GARANTIE SANTE

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

▼ 3.9.4 MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS

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

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

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

Pour les entreprises des DROM, les cotisations sont appelées et recouvrées par l'Institution.

▼ 3.9.5 DEFAT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

S'agissant des garanties facultatives, ces mêmes dispositions s'appliquent en cas de défaut de paiement des cotisations par le participant. La mise en demeure lui est alors adressée personnellement.

Sous réserve des cas de maintien des garanties sous forme de contrat individuel, dans les conditions prévues au présent contrat, le versement des cotisations prévues par le présent contrat est de la seule responsabilité de l'entreprise adhérente, même si une fraction de celles-ci est à la charge effective des participants.

En cas de non-paiement des cotisations dans le délai imparti, il sera fait application de majorations de retard selon les mêmes modalités que celles applicables aux cotisations d'assurances sociales.

Si la procédure précontentieuse demeure infructueuse, une procédure contentieuse sera diligentée.

▼ 3.9.6 EXONERATION DES COTISATIONS

Les cotisations sont dues jusqu'à la date de la cessation d'affiliation du participant.

Toutefois, le participant ainsi que l'entreprise adhérente sont exonérés du versement des cotisations prévoyance et frais de santé pour tout mois civil entier d'arrêt de travail et durant toute la période donnant lieu au service par l'Institution de prestations d'incapacité temporaire ou permanente, au titre du présent contrat.



ARTICLE 3.10 OBLIGATIONS DE L'INSTITUTION

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

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

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

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

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

L'Institution communique, à l'issue de chaque exercice comptable, un rapport de gestion sur les comptes du contrat à l'entreprise adhérente.



ARTICLE 3.11 OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHERENTE

▼ 3.11.1 A l'égard du participant

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

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

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

▼ 3.11.2 A l'égard de l'Institution

L'entreprise adhérente s'oblige :

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

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

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



ARTICLE 3.12 OBLIGATIONS DU PARTICIPANT

Chaque participant s'oblige :

- à accepter le précompte des cotisations ;
- à fournir à l'Institution, à la CCMO Mutuelle ou à la caisse de Mutualité Sociale Agricole les renseignements nécessaires à l'établissement de ses droits et obligations, soit par l'intermédiaire de l'entreprise adhérente, soit directement en cas de maintien des garanties dans les conditions prévues à l'article « Maintien des garanties sous forme de contrat individuel » des présentes Conditions générales ;
- à retourner tous justificatifs demandés par l'Institution, la CCMO Mutuelle ou la Caisse de Mutualité Sociales Agricole afin de vérifier la persistance des droits.

TITRE 4

COUVERTURE DE PREVOYANCE INCAPACITE DE TRAVAIL



ARTICLE 4.1 DISPOSITIONS COMMUNES

4.1.1 Contrôle de l'Institution

■ Contrôle médical

Les prestations susceptibles d'être servies par l'Institution au titre de la garantie incapacité de travail peuvent être suspendues ou supprimées suite à un contrôle médical exercé par le médecin conseil mandaté par l'Institution.

Le médecin conseil mandaté par l'Institution pourra diligenter un contrôle médical auprès du participant ayant fait une demande d'indemnisation au titre de l'incapacité temporaire ou permanente, et ce, afin qu'il puisse constater son état d'incapacité de travail.

Dans le cadre de ce contrôle médical, le médecin conseil mandaté par l'Institution demandera au participant de faire établir par son médecin traitant un certificat médical, lequel sera envoyé sous pli confidentiel à l'adresse du médecin dûment mandaté par l'Institution. Au vu de ce certificat médical, le médecin conseil mandaté par l'Institution pourra demander des pièces ou des examens médicaux complémentaires auprès du participant.

En cas de contestation par le participant, une procédure d'expertise médicale amiable peut être initiée entre le médecin choisi par ce dernier et le médecin désigné par l'Institution.

En cas de désaccord entre le médecin du participant et celui de l'Institution, ceux-ci désignent, d'un commun accord, un troisième médecin expert.

Les frais relatifs à l'arbitrage opéré par le troisième médecin expert sont supportés par moitié par chacune des parties.

L'avis du médecin expert s'impose de plein droit à l'Institution comme au participant.

Les conclusions du contrôle médical peuvent conduire l'Institution à cesser le versement des prestations sans que le participant puisse se prévaloir de la poursuite de l'indemnisation par le régime de base.

De plus, le refus de satisfaire aux contrôles médicaux, l'utilisation de documents inexacts ainsi que les fausses déclarations ayant pour objet d'induire l'Institution en erreur sur les effets et les suites de la maladie ou de l'accident entraînent la perte de tout droit aux prestations de l'Institution.

■ Contrôle de la persistance des droits

L'Institution pourra demander au participant tout justificatif qui lui semblerait nécessaire afin de vérifier que le montant de l'indemnisation ne dépasse pas les limites de cumul des prestations définies à l'article suivant.

Le défaut de production de justificatif, peut entraîner la suspension ou l'interruption du versement des prestations par l'Institution.

4.1.2 Cumul des prestations

Les prestations d'incapacité temporaire et permanente de travail sont servies en complément de celles attribuées par l'assurance maladie, invalidité ou par l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Le total des sommes versée au titre :

- des prestations nettes du régime de base,
- des fractions de salaire net maintenues par l'employeur,
- de tous autres revenus nets liés à une activité professionnelle,
- des pensions nettes de toutes natures versées au titre d'un régime collectif,
- de tous revenus nets de remplacement,
- et de la présente garantie,

ne peut avoir pour effet de porter le total des indemnités à une somme supérieure au salaire net d'activité perçu avant l'incapacité de travail.

Si, après la liquidation par l'Institution d'une prestation au titre de la garantie incapacité de travail (indemnités journalières, pension d'invalidité, rente accident du travail), le participant venait à poursuivre ou reprendre une activité professionnelle et à bénéficier à ce titre, pour un taux d'activité identique, d'une augmentation de salaire, l'Institution n'en tiendra pas compte pour l'application de sa règle de cumul.

Dans l'hypothèse de la réduction du montant des indemnités servies au participant par le régime de base dans le cadre du dispositif de pénalités financières en cas d'inobservation des règles du Code de la Sécurité sociale, le montant des prestations allouées par l'Institution diminuera dans les mêmes proportions.

La majoration pour tierce personne versée par le régime de base au participant bénéficiaire d'une pension d'invalidité catégorie 3 ou d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle n'est pas prise en compte pour l'application de la règle de cumul visées ci-dessus.

▼ 4.1.3 Revalorisation des prestations

A la fin de chaque année civile, la revalorisation des prestations incapacité de travail est examinée par le Conseil d'administration de l'Institution lequel fixe, pour chaque exercice, le coefficient servant à la revalorisation des prestations en cours de service.

▼ 4.1.4 Maintien des prestations

En cas de résiliation du contrat ou de rupture du contrat de travail intervenant avant la fin de la période d'indemnisation du participant par le régime de base, le versement des prestations complémentaires est maintenu jusqu'à la fin de l'indemnisation par ce régime.

▼ 4.1.5 Exclusions de garanties

Sont garantis par l'Institution, au titre du présent contrat, tous les risques d'incapacité de travail, à l'exclusion de ceux résultant :

- de la guerre,

de maladies ou accidents qui sont le fait volontaire du participant, à l'exception de la tentative de suicide.



ARTICLE 4.2 INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

▼ 4.2.1 Les prestations

En cas d'incapacité temporaire de travail, les prestations susceptibles d'être versées par l'Institution sont des indemnités journalières complémentaires à celles versées au titre de l'assurance maladie ou de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles par le régime de base.

Pour bénéficier des indemnités journalières complémentaires, le participant doit :

- percevoir des indemnités journalières du régime de base,

être affilié au contrat et **avoir cotisé au contrat pendant toute la durée du délai de franchise**, décompté à partir de la date à laquelle l'interruption totale de travail initiale est survenue.

▼ 4.2.2 Conditions de l'indemnisation

Le versement de l'indemnité journalière complémentaire intervient à condition que le participant perçoive des indemnités journalières par le régime de base.

En cas d'accident du travail, de trajet et de maladie professionnelle, le bénéfice de la garantie incapacité temporaire de travail est accordée **sans condition d'ancienneté**.

En cas de maladie et d'accident de la vie privée, le bénéfice de cette même garantie est accordé, sous réserve de justifier de **12 mois d'ancienneté continus ou non** dans l'entreprise.

▼ 4.2.3 Modalités de l'indemnisation

Le versement de l'indemnité journalière complémentaire intervient pour chaque arrêt de travail :

- à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail, si celui-ci est consécutif à un accident du travail, de trajet ou à une maladie professionnelle ;
- à compter du 8^{ème} jour d'arrêt de travail, s'il est consécutif à une maladie ou un accident de la vie privée.

▼ 4.2.4 Montant de l'indemnisation

L'indemnisation globale (indemnités journalières versées par le régime de base ainsi que les indemnités complémentaires AGRI PREVOYANCE) est fixée à :

- 100% du salaire net pendant 90 jours puis,
- 80% du salaire net, tant que dure le versement des indemnités journalières du régime de base.

Le salaire net retenu correspond au salaire net perçu se rapportant à la période de référence retenue par le régime de base pour le calcul de ses propres indemnités journalières, augmenté des rémunérations autres que le salaire mensuel (telles que, le cas échéant, le revenu de remplacement versé par l'entreprise adhérente, notamment en cas d'activité partielle, d'activité partielle de longue durée, de congé de reclassement ou de congé de mobilité). Le salaire net s'entend du salaire brut déduction faite des cotisations et contributions sociales légales et conventionnelles.

En cas de réduction ou de suspension des prestations en espèces du régime de base, les indemnités journalières complémentaires versées par l'Institution sont également réduites ou suspendues dans les mêmes conditions et proportions que celles du régime de base.

▼ 4.2.5 Règlement des indemnités journalières complémentaires

Pour les participants de la métropole, l'indemnité journalière complémentaire est réglée par la caisse de la Mutualité Sociale Agricole conjointement et selon la même périodicité que les indemnités journalières de base.

Pour les participants des DROM, l'indemnité journalière complémentaire est réglée directement par l'Institution, dès réception des justificatifs du régime de base. Elle est versée directement au participant ou à l'entreprise adhérente lorsque celle-ci est subrogée dans les droits de l'intéressé.

▼ 4.2.6 Cotisations sur indemnités journalières

La garantie incapacité temporaire de travail est complétée par une assurance des charges patronales financée par une cotisation à la charge de l'entreprise.

Cette assurance prévoit le versement d'indemnités correspondant aux charges sociales patronales dues sur les indemnités journalières complémentaires versées en cas d'incapacité temporaire de travail d'un salarié.

Les indemnités journalières sont servies nettes de cotisations salariales, de CSG et de CRDS.

Les charges sociales dues sur les indemnités journalières complémentaires sont payées à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole par AGRI PREVOYANCE.

▼ 4.2.7 Durée de l'indemnisation

Le service de l'indemnité journalière de l'Institution est ouvert lorsque l'incapacité temporaire donne lieu au versement d'indemnités journalières par le régime de base.

Ce versement cesse définitivement :

- à la date de cessation du versement des indemnités journalières par le régime de base ;
- à la date de reconnaissance par le régime de base d'un état d'incapacité permanente ;
- à la date d'attribution de la pension vieillesse du régime de base étant précisé que pour les participants bénéficiaires du cumul Emploi-Retraite, le service des indemnités journalières attribuées au titre de sa reprise d'activité, cesse à la rupture du contrat de travail.

ARTICLE 4.3

INCAPACITE PERMANENTE DE TRAVAIL

▼ 4.3.1 Les Prestations

En cas d'incapacité permanente de travail, les prestations susceptibles d'être versées par l'Institution sont :

- une pension mensuelle complémentaire en cas d'attribution par le régime de base d'une pension dans le cadre de l'assurance invalidité ;
- une rente mensuelle complémentaire en cas d'attribution par le régime de base d'une rente d'incapacité permanente dans le cadre de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

▼ 4.3.2 Conditions de l'indemnisation

Le droit à la pension d'invalidité complémentaire est ouvert **aux salariés justifiant d'une ancienneté continue ou non de 12 mois** dans l'entreprise qui seraient reconnus invalides sans indemnisation préalable au titre de la garantie incapacité temporaire.

Toutefois, les salariés précédemment indemnisés au titre de la garantie incapacité temporaire bénéficient de la prestation sans condition d'ancienneté.

L'attribution de la pension complémentaire est conditionnée au versement par le régime de base d'une **pension d'invalidité catégorie 2 ou 3** ou d'une **rente accident du travail ou maladie professionnelle** pour incapacité professionnelle correspondant à un **taux égal ou supérieur à 66,66 %**.

▼ 4.3.3 Modalités de l'indemnisation

- Si le participant perçoit de la part du régime de base une pension **catégorie 2 ou 3**, il bénéficie d'une pension mensuelle complémentaire lui garantissant :

- 1/12^{ème} de **80%** du salaire net défini ci-dessous, sous déduction des prestations servies par le régime de base de la Sécurité sociale.

En cas d'attribution par le régime de base d'une rente dans le cadre de l'assurance des accidents du travail et maladies professionnelles :

- Si le participant perçoit une rente correspondant à un **taux d'incapacité supérieur ou égal à 66,66%**, il bénéficie d'une pension mensuelle complémentaire lui garantissant :

- 1/12^{ème} de **80%** du salaire net défini ci-dessous, sous déduction des prestations servies par le régime de base de la Sécurité sociale.

Le salaire net retenu pour calculer le montant de la pension complémentaire correspond au 12^{ème} des salaires nets perçus au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail pour maladie ou accident, augmenté, le cas échéant, du revenu de remplacement versé par l'entreprise adhérente, notamment en cas d'activité partielle, d'activité partielle de longue durée, de congé de reclassement ou de congé de mobilité.

Le salaire net s'entend du salaire brut déduction faite des cotisations et contributions sociales légales et conventionnelles.

▼ 4.3.4 Règlement de la pension

La pension nette de CSG et CRDS et de toute autre taxe est payable mensuellement à terme échu par l'Institution, sous réserve que le participant présente à l'Institution les justificatifs nécessaires au règlement du dossier, notamment la notification du régime de base, pendant toute la durée de l'incapacité permanente de travail.

La pension est versée directement au participant par l'Institution.

La pension mensuelle peut être réduite, suspendue ou supprimée en cas de réduction du degré d'incapacité du participant, ainsi que s'il reprend une activité professionnelle en application des dispositions relatives au cumul des prestations.

▼ 4.3.5 Durée de l'indemnisation

Le service de la pension complémentaire d'incapacité permanente est ouvert tant que la pension d'invalidité ou la rente accident du travail ou maladies professionnelles est servie au participant par le régime de base.

Le versement cesse définitivement :

- à la date d'attribution au participant de sa pension vieillesse par le régime de base ;
- au décès du participant s'il intervient avant la liquidation de sa pension de vieillesse.

TITRE 5

COUVERTURE DE PREVOYANCE DECES



ARTICLE 5.1 CAPITAL DECES

Il est prévu, en cas de décès, une garantie comprenant le versement d'un capital décès, d'une rente éducation et d'une indemnité frais d'obsèques.

Le versement de la garantie décès n'est assorti d'**aucune condition d'ancienneté**, excepté pour la rente éducation dont 12 mois d'ancienneté continus ou non dans l'entreprise sont requis.

5.1.1 Montant du capital décès de base

En cas de décès d'un participant, il est versé aux bénéficiaires un capital de base égal à **120%** du salaire annuel de base tel que défini au titre « Définitions » des présentes Conditions générales.

5.1.2 Montant des majorations familiales

Le capital décès de base est majoré en fonction de la situation familiale du participant au moment du décès de :

- **+25%** du salaire annuel de base tel que défini au titre "Définitions" des présentes Conditions générales, **lorsque le participant laisse un enfant à charge** ;

5.1.3 Bénéficiaires

Les prestations décès sont attribuées dans les conditions suivantes :

Capital de base

Le capital est versé comme suit :

- **en présence d'un conjoint et/ou descendants survivants, ci-après désignés « bénéficiaires prioritaires » :**

- en totalité au conjoint survivant non séparé de corps, si le salarié n'a pas notifié de répartition à l'Institution entre les bénéficiaires prioritaires ;

- entre le conjoint qui ne peut se voir attribuer moins de 50% du capital, et les descendants, si le salarié a notifié à l'Institution une répartition entre ces derniers.

Le co-contractant d'un PACS est assimilé au conjoint non séparé de corps. En l'absence de conjoint survivant non séparé de corps, le capital décès est versé aux descendants.

■ **en cas d'absence de bénéficiaires prioritaires, le capital décès est attribué dans l'ordre suivant :**

- aux bénéficiaires (personnes physiques) désignés par le participant ;
- au concubin, tel que défini au titre 8 ;
- aux héritiers.

La désignation peut :

- se faire en remplissant le bulletin de désignation prévu à cet effet ;
- ou faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

Afin d'éviter tout risque d'homonymie et pour faciliter la recherche du (des) bénéficiaire(s) désigné(s), le participant doit indiquer, pour chaque bénéficiaire, toutes précisions permettant son identification exacte, notamment ses nom, prénoms, date et lieu de naissance.

Toute désignation ou changement de désignation non portés à la connaissance de l'Institution lui est inopposable.

Si l'une des personnes désignées est décédée au jour du versement du capital de base, sa fraction de capital est répartie par parts égales entre les bénéficiaires restants.

Majorations familiales

Les majorations familiales sont versées dans tous les cas aux seules personnes qui les ont générées.

En tout état de cause, la somme des majorations générées par les enfants à charge du participant, est répartie par parts égales entre eux, étant précisé que les enfants à charge du participant doivent être reconnus comme tels au jour de son décès.

5.1.4 Invalidité absolue et définitive

Est assimilée au décès, l'invalidité absolue et définitive interdisant au participant toute activité rémunérée et lui permettant de bénéficier de l'assistance d'une tierce personne au sens de l'assurance invalidité ou de l'assurance accident du travail et maladie professionnelle du régime de base.

L'invalidité absolue et définitive ouvre droit :

- dès la constatation médicale fournie à l'Institution par le participant ;
- après en avoir fait la demande ;
- pour autant que cet état persiste ;
- et à condition que l'intéressé ne puisse pas prétendre à une retraite de base à taux plein notamment au titre de l'incapacité au travail,

au paiement par anticipation entre les mains de l'invalidé ou de son représentant légal du capital décès de base (tel que défini ci-dessus) et de l'éventuelle majoration pour décès accidentel.

S'agissant des majorations familiales, rentes éducation et/ou de conjoint, prévues le cas échéant au contrat, celles-ci ne seront servies qu'à compter de la date du décès du participant sous réserve que ses enfants à charge et son conjoint tels que définis au titre « Définitions » des présentes Conditions générales soient reconnus comme tels au jour de votre décès.

Le paiement du capital décès s'effectue par un versement unique et met définitivement fin à l'attribution de celui-ci. Si l'invalidité cesse d'être absolue et définitive postérieurement au versement par anticipation du capital décès de base et avant la liquidation de la retraite de base de l'intéressé, les bénéficiaires ne peuvent plus prétendre au versement dudit capital décès.

ARTICLE 5.2 RENTE EDUCATION

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive d'un participant, il est attribué une rente annuelle à ses enfants à charge.

La rente éducation est versée soit au représentant légal de l'enfant ou avec son accord, à la personne ayant la charge effective des enfants lorsqu'ils sont mineurs, soit aux enfants eux-mêmes lorsqu'ils sont majeurs.

Le montant de la rente éducation, par an et par enfant à charge, est égal à :

- **3%** du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS) pour un enfant de 0 à 10 ans ;
- **4,5%** du PASS pour un enfant de 11 à 17 ans ;
- **6%** du PASS pour un enfant de 18 à 26 ans (si poursuite d'études).

(*) Cf conditions précisées à la définition des enfants à charge du présent contrat.

ARTICLE 5.3 INDEMNITE FUNERAIRE

En cas de décès du participant ou de son conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin, ou de ses enfants à charge, il est versé une indemnité funéraire.

Cette indemnité est égale au montant des **frais réellement engagés** et limité à **100%** du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) en vigueur à la date du décès.

L'indemnité funéraire est versée à la personne qui a supporté elle-même les frais d'obsèques.

En cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans, l'indemnité funéraire sera limitée aux frais réels conformément à l'article L.932-23 du Code de la Sécurité sociale, et en tout état de cause ne pourra dépasser le montant prévu par le contrat.

ARTICLE 5.4 EXCLUSIONS

Sont garantis par l'Institution tous les risques de décès ou d'invalidité absolue et définitive, à l'exclusion de ceux résultant :

- de la guerre civile ou étrangère ;
- de maladies ou accidents qui sont le fait volontaire du bénéficiaire ;
- d'un fait du participant, s'il est intentionnel ou frauduleux - étant précisé que le suicide ou la tentative de suicide sont garantis.

EXCLUSIONS LIEES A LA GARANTIE INDEMNITE FUNERAIRE

Sont garantis par l'Institution tous les risques de décès, à l'exclusion de ceux résultant :

- de la guerre ;
- de maladies ou accidents qui sont le fait volontaire du participant ou de l'ayant-droit ;
- d'un fait de la personne décédée, s'il est intentionnel ou frauduleux - étant précisé que le suicide ou la tentative de suicide sont garantis.

ARTICLE 5.5 MAINTIEN DES PRESTATIONS DECES

L'ensemble des garanties décès sont maintenues dans les cas suivants :

- si le participant est indemnisé par l'Institution au titre des garanties incapacité temporaire ou permanente de travail lorsque son contrat de travail est rompu ;
- si le participant est indemnisé par l'Institution au titre des garanties incapacité temporaire ou permanente de travail lorsque l'entreprise adhérente a résilié le présent contrat ;

- **au-delà de la date de radiation conformément aux dispositions légales relatives à la portabilité prévues au présent contrat.**



ARTICLE 5.6

VERSEMENT DES PRESTATIONS DECES

L'Institution doit transmettre, **dans un délai de quinze jours** après réception de l'avis de décès et de sa prise de connaissance des coordonnées du (des) bénéficiaire(s), un dossier de demande de règlement de prestations pour demander au(x) bénéficiaire(s) de lui fournir l'ensemble des pièces justificatives suivantes :

- un bulletin de décès,
- un extrait d'acte de naissance de l'assuré décédé avec mentions marginales (datant de moins de 3 mois),
- un certificat médical, à l'attention du Médecin Conseil de la Caisse indiquant la cause du décès,
- un certificat d'hérédité,
- un relevé d'identité bancaire au nom des bénéficiaires,
- une photocopie lisible du livret de famille tenu à jour,
- une attestation de concubinage délivrée par la Mairie et précisant le début de vie commune jusqu'au jour du décès ou une photocopie du PACS,
- une photocopie de la carte d'identité ou du passeport au nom des bénéficiaires.

Pour l'assuré divorcé ou séparé de corps :

- une photocopie du jugement de divorce ou de séparation.

Pour l'assuré licencié :

- une photocopie de la notification de décision et un avis de paiement de Pôle Emploi jusqu'au décès.

Pour les enfants mineurs :

- la désignation du tuteur légal des enfants ou la délibération du conseil de famille ou l'autorisation du jugement des Tutelles.

Dans les cas où l'Institution communique le dossier de demande de règlement de prestations au-delà d'un délai de 15 jours après réception de l'avis de décès et de sa prise de connaissance des coordonnées du (des) bénéficiaire(s), le capital produira de plein droit intérêt au double du taux légal durant un mois puis, à l'expiration de ce délai d'un mois, au triple du taux légal.

Les prestations sont versées dans le délai d'un mois civil suivant la réception des pièces nécessaires au paiement. A défaut, les sommes produisent de plein droit intérêt au double du taux légal pendant deux mois puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal. Si le capital a déjà produit des intérêts en raison du retard de l'Institution dans la communication du dossier de règlement des prestations en application de la règle précitée, cette période ayant déjà produit des intérêts s'impute sur le délai de deux mois susmentionné.

Lorsqu'un bénéficiaire n'a pu être identifié à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de prise de connaissance par l'Institution du décès du participant, les sommes dues au titre des prestations décès seront déposées à la Caisse des dépôts et consignations. Ce dépôt libère l'Institution de ses obligations envers le bénéficiaire.

Par suite, le bénéficiaire a la possibilité de demander le versement de sa prestation auprès de la Caisse des dépôts et consignations.

A défaut de demande de versement, ces sommes sont acquises à l'Etat dans un délai de trente ans suivant le décès du participant.

Revalorisation post mortem :

Entre le jour du décès et la réception des pièces justificatives permettant le versement des sommes par l'Institution, s'applique une revalorisation annuelle du capital, calculée en application du TME fixé au 1^{er} novembre de l'année précédente. Cette revalorisation est calculée prorata temporis en fonction du délai écoulé.

TITRE 6

COUVERTURE FRAIS DE SANTE



ARTICLE 6.1 BENEFICIAIRES DES GARANTIES

La garantie est accordée au participant, en activité ou en incapacité de travail (temporaire ou permanente) pour maladie, accident de la vie privée, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle, et à ses ayants droit, tels que définis au Titre 8 des présentes Conditions générales, dans la mesure où le participant bénéficie de droits ouverts au titre des prestations en nature du régime de base.



ARTICLE 6.2 ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Pour le participant

La garantie entre en vigueur immédiatement, dès la prise d'effet de l'affiliation du participant, conformément aux dispositions du présent contrat.

Pour les ayants droit du participant

La garantie entre en vigueur à l'égard des ayants droit immédiatement, soit :

- à la date de prise d'effet de l'affiliation du participant ;
- à la date de survenance d'un événement modifiant la situation familiale (mariage, concubinage, PACS, naissance ou adoption d'un enfant) et dûment déclaré à la caisse de la Mutualité Sociale Agricole ou à la CCMO Mutuelle (pour les DROM).



ARTICLE 6.3 MONTANT DES GARANTIES

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

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

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

Les remboursements garantis par le présent contrat s'effectuent, poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la classification commune des actes médicaux, **dans la limite des frais réellement engagés** et dans les conditions prévues au tableau de garanties figurant en annexe X du présent contrat.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



ARTICLE 6.4

REGLEMENT DES PRESTATIONS

Le présent contrat met à disposition du participant et de ses ayants droit un service de tiers payant (dispense d'avance des frais) sur l'ensemble des garanties prévues par ledit contrat, à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale et à hauteur des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité pour les équipements du panier de soins 100% santé conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale.

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

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



ARTICLE 6.5 LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIES

De manière générale, ne sont pas pris en charge :

- les frais engagés au titre d'actes exécutés avant la prise d'effet ou après la cessation des garanties ;
- les frais de santé résultant d'actes qui, bien qu'inscrits à la nomenclature des actes professionnels, ne sont pas pris en charge par le régime de base, sauf exceptions prévues au tableau des garanties annexé au présent contrat ;
- les pénalités appliquées en cas de non respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassement d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale.

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

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

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



ARTICLE 6.6 CONTROLE DES PRESTATIONS

En cas de suspicion de fraude aux prestations, la Caisse de Mutualité Sociale Agricole ou la CCMO Mutuelle (pour les participants demeurant dans les DOM) se réserve la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales, et/ou de demander toutes autres justifications qui lui paraîtraient nécessaires, notamment les prescriptions médicales et les factures détaillées.

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

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



ARTICLE 6.7 ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

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

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



ARTICLE 6.8 MAINTIEN GRATUIT DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTE AUX AYANTS DROIT D'UN PARTICIPANT DECEDÉ

Les ayants droit d'un participant décédé bénéficient d'un maintien gratuit à la garantie Frais de santé jusqu'à la fin des 3 mois civils suivant le décès.



ARTICLE 6.9 MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL

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

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

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

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

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

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

▼ 6.9.2 Aux ayants droit d'un participant décédé

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

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

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

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

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

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

TITRE 7

PORTABILITE DES DROITS

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

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

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

ARTICLE 7.1 BENEFICIAIRES

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

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

ARTICLE 7.2 OUVERTURE ET DUREE DES DROITS A PORTABILITE

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

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

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

ARTICLE 7.3 OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHERENTE

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

ARTICLE 7.4 OBLIGATIONS DE L'ANCIEN SALARIE

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'Institution qu'il remplit les conditions requises au plus tard au moment de la demande de versement des prestations.

Pour les prestations incapacité de travail (temporaire ou permanente), l'ancien salarié doit fournir une copie de son certificat de travail et de l'attestation de prise en charge par l'assurance chômage ainsi qu'une copie de l'ensemble des attestations de paiement de Pôle emploi précédant l'arrêt de travail.

En cas de décès de l'ancien salarié, l'ensemble des pièces justificatives doivent être produites par le(s) bénéficiaire(s) au moment de la demande d'attribution des prestations décès.

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

ARTICLE 7.5 **PRESTATIONS**

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

Toutefois, pour les prestations incapacité temporaire et permanente de travail, le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir une indemnisation globale (y compris indemnisation du régime de base) supérieure à celle des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

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

ARTICLE 7.6 **CESSATION DE LA PORTABILITE**

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

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

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

TITRE 8

DEFINITIONS COUVERTURE PREVOYANCE ET FRAIS DE SANTÉ

ASSIETTE DE COTISATIONS

Les cotisations sont calculées sur les éléments de rémunération entrant dans l'assiette des cotisations de Sécurité sociale.

CONJOINT

Par « conjoint », il faut entendre l'époux ou l'épouse du salarié non divorcé par un jugement définitif.

COCONTRACTANT D'UN PACS

Par « cocontractant d'un PACS », il faut entendre la personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS) avec le participant.

CONCUBIN

Par « concubin », il faut entendre la personne vivant en concubinage avec le participant selon les dispositions de l'article 515-8 du Code civil.

Par ailleurs, les concubins doivent justifier d'au moins deux ans de vie commune et être libres au regard de l'état civil et tout lien de mariage ou de PACS.

Toutefois, la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'au moins un enfant est né de l'union.

DELAI DE FRANCHISE

Par délai de franchise, il faut entendre la période pendant laquelle aucune prestation complémentaire ne sera versée par l'Institution. Ce délai se décompte par jour calendaire.

ENFANTS A CHARGE

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

- les enfants à charge :

Par « enfants », il faut entendre :

- les enfants du participant, nés ou à naître, dont la filiation est légalement établie, y compris adoptive ;
- les enfants du conjoint, du cocontractant d'un PACS ou du concubin, dont la filiation est légalement établie, sous réserve d'être à la charge effective du participant au moment du décès, c'est à dire si celui-ci subvient à leurs besoins et assure leur éducation, et si ces enfants ne donnent pas lieu au versement d'une pension alimentaire par leur autre parent ;
- les enfants recueillis par le participant et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue.

Sont considérés comme « enfants à charge » :

- tous les enfants âgés de moins de 16 ans ;
- tous les enfants âgés de moins de 20 ans sous contrat d'apprentissage ;
- tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils sont étudiants, sous contrat d'alternance (apprentissage ou professionnalisation), ou demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi et non indemnisés au titre de l'assurance chômage ou s'ils effectuent une mission au titre du Service Civique (étendu jusqu'à 30 ans pour les jeunes en situation de handicap) ;
- tous les enfants, quel que soit leur âge, atteints d'un handicap tel qu'ils ne peuvent exercer aucune activité professionnelle rémunérée, à condition qu'ils soient titulaires d'une carte d'invalidité et que leur état d'invalidité ait été constaté avant leur 21^{ème} anniversaire.

REGIME DE BASE

Par « régime de base », il faut entendre tout régime obligatoire de protection sociale (Sécurité Sociale ou Mutualité Sociale Agricole ou autre) couvrant tout ou partie des risques liés à la maladie, à la maternité et aux accidents de la vie privée et professionnelle, les maladies professionnelles et les invalidités.

SALAIRE ANNUEL DE BASE (SAB) POUR LA COUVERTURE DECES

Par salaire annuel de base, il faut entendre le salaire annuel brut du participant qui est déterminé à partir des éléments de rémunération retenus pour le calcul des cotisations et qui sert de base au calcul et au paiement des prestations.

Il est déterminé à partir des éléments de rémunération et, le cas échéant, du revenu de remplacement versé par l'entreprise adhérente, notamment en cas d'activité partielle, d'activité partielle de longue durée, de congé de reclassement ou de congé de mobilité, retenus pour le calcul des cotisations des quatre trimestres civils ayant précédé le décès.

Lorsque le participant a moins 4 trimestres civils d'activité dans l'entreprise, le salaire de référence est reconstitué sur 4 trimestres complets.

Salaire reconstitué :

Par salaire reconstitué, il faut entendre le salaire annuel brut que le participant aurait perçu si le participant n'avait pas interrompu ou réduit son activité (que les salaires aient été versés ou non).



ARTICLE 8.1 **DEFINITIONS DES INTERVENANTS AU CONTRAT**

ENTREPRISE ADHÉRENTE

L'employeur ayant souscrit le présent contrat collectif.

PARTICIPANT

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

AYANTS DROIT

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

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

Sont assimilés au conjoint :

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

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

CHANGEMENT DE SITUATION FAMILIALE

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

- le mariage, le concubinage, le PACS ;
- le divorce, la séparation de corps, la rupture des relations de concubinage, la dissolution du PACS ;
- la naissance ou l'adoption d'un enfant ;

- la perte de la qualité d'enfant à charge ;
- le décès d'un enfant à charge ou du conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin.

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



ARTICLE 8.2 **DEFINITIONS DES TERMES PROPRES AU CONTRAT**

100% SANTE

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

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

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

AIDES AUDITIVES

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

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

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

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

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

Synonymes : audioprothèses, prothèses auditives, appareils auditifs

BASE DE REMBOURSEMENT

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

On distingue :

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

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

CONTRAT RESPONSABLE

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

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

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

CONTRAT SOLIDAIRE

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

CONVENTIONNE/NON CONVENTIONNE

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

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

DEPASSEMENT D'HONORAIRES

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

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

FORFAIT ACTES LOURDS

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

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

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

FRAIS DE SEJOUR

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

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

FRAIS REELS

Terme qui désigne :

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

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

HONORAIRE LIMITE DE FACTURATION

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

HONORAIRES PARAMEDICAUX

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

HOSPITALISATION

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

MATERIEL MEDICAL

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

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

MATERNITE

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

OPTAM/OPTAM-CO (OPTIONS PRATIQUES TARIFAIRES MAÎTRISÉES)

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

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

OPTIQUE

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

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

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

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

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

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

PLAFOND MENSUEL DE LA SECURITE SOCIALE (PMSS)

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

PRIX LIMITE DE VENTE

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

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

PROTHESES DENTAIRES

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

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

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

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

TELECONSULTATION

Acte de 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

TITRE 9

TABLEAU DES GARANTIES PREVOYANCE

Les garanties prévoyance figurent dans le tableau ci-après :

GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Événement	Conditions requises	Prestation versée	À compter du	Cessation de la prestation
En cas d'arrêt de travail suite à un accident du travail, de trajet ou à une maladie professionnelle	Sans conditions ancienneté.	Indemnité journalière (y compris I. J. MSA) : 100 % du salaire net pendant 90 jours ; - puis 80 % du salaire net.	1 ^{er} jour d'arrêt de travail.	Tant que le régime de base intervient
En cas d'arrêt de travail suite à une maladie ou à un accident de la vie privée	Sous réserve de 12 mois d'ancienneté, continue ou non, dans l'entreprise.	Indemnité journalière (y compris I. J. MSA) : 100 % du salaire net pendant 90 jours ; - puis 80 % du salaire net.	8 ^e jour d'arrêt de travail.	

GARANTIE INCAPACITÉ PERMANENTE

Événement	Conditions requises	Prestation versée	À compter du	Cessation de la prestation
En cas d'incapacité permanente non professionnelle de cat. 2 ou 3 (à l'exception de la cat. 1)	Ancienneté de 12 mois, continue ou non, dans l'entreprise. Pas de condition d'ancienneté si l'état d'invalidité fait suite à une incapacité temporaire de travail indemnisée.	Indemnisation globale égale à 80 % du salaire net (pension du régime de base + pension complémentaire).	Date de reconnaissance par la MSA de l'état d'invalidité de cat. 2 ou 3 (à l'exception de la cat. 1).	Tant que le régime de base intervient, et ce jusqu'au décès du salarié ou jusqu'à la liquidation de la pension vieillesse (y compris lorsque la pension est versée en complément d'une rente accident du travail).
En cas d'incapacité permanente professionnelle pour un taux d'incapacité au moins égal à 66,66 %		Indemnisation globale égale à 80 % du salaire net (rente du régime de base + pension complémentaire).	Date de reconnaissance par la MSA d'une rente attribuée au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle pour un taux d'incapacité au moins égal à 66,66 %.	

 GARANTIE DÉCÈS

Événement	Conditions requises	Prestation versée	À compter du	Cessation de la prestation
En cas de décès du salarié	Aucune ancienneté.	Capital de base égal à 120 % du salaire annuel brut. Majoration enfant à charge de 25 % du salaire annuel brut par enfant à charge.	Dès réception de toutes les pièces justificatives. Si enfant(s) à charge au jour du décès du salarié (dès réception de toutes les pièces justificatives).	Prestation à versement unique.
	Ancienneté de 12 mois, continus ou non, dans l'entreprise au jour du décès du salarié.	Rente éducation annuelle : 3 % du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS) pour un enfant de 0 à 10 ans ; 4,5 % du PASS pour un enfant de 11 à 17 ans ; 6 % du PASS pour un enfant de 18 ans à 26 ans (si poursuite d'études).	Si enfant(s) à charge au jour du décès du salarié (dès réception de toutes les pièces justificatives), et en fonction de l'âge de l'enfant.	Lorsque l'enfant ne remplit plus les conditions.
En cas d'invalidité absolue et définitive du salarié	Aucune ancienneté.	Versement anticipé du capital de base (en une seule fois).	En cas d'invalidité absolue et définitive du salarié (dès réception de toutes les pièces justificatives).	
En cas de décès : - du salarié ; - du conjoint non séparé de corps ou du cocontractant de PACS ; - du concubin justifiant d'au moins 2 ans de vie commune. Cette condition n'est pas exigée lorsqu'un enfant est né de l'union (ou adopté) ; - d'un enfant à charge.	Que le salarié ou ses ayants droit aient réglé eux-mêmes les frais d'obsèques, et aient déposé la demande dans les 6 mois qui suivent le décès.	Indemnité frais d'obsèques égale au montant des frais réellement engagés et limitée à 100 % du PMSS au moment du décès.	Dès réception de toutes les pièces justificatives.	Prestation à versement unique.

TITRE 10

TABLEAUX DE LA GARANTIE SANTE

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 patient urgences, du forfait « actes lourds », du forfait journalier hospitalier et des paniers de soins 100% santé en optique, dentaire et audiologie et respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO) ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optique et du plafond pour les aides auditives.



Nature des risques	Remboursements du régime de base	Remboursements complémentaires	Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)
SOINS COURANTS			
• Honoraires médicaux (généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, ophtalmologues y compris téléconsultation)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassement d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Honoraires paramédicaux	60 % BR	40 % BR	100 % BR
• Analyses et examens de laboratoire	60 % à 100 % BR	40 % à 0 % BR	100 % BR
• Radiographie	70 % BR	30 % BR	100 % BR
• Médicaments	15 % à 65 % BR	85 % BR à 35 %	100 % BR
• Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	100 % FR - 60 % BR	100 % FR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses	60 % BR à 100 % BR	240 % BR	300 % BR à 340 % BR
• Actes de prévention⁽²⁾	35 % à 70 % BR	de 65 % BR à 30 % BR	100 % BR
• Honoraires de médecine douce reconnus par le Ministère de la Santé (chiropractie, ostéopathie)	-	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire
OPTIQUE			
Équipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽³⁾			
• Équipements 100 % Santé (Classe A)⁽⁴⁾			
- Monture	60 % BR	Frais réels - 60 % BR	Frais réels
- Verres	60 % BR	Frais réels - 60 % BR	Frais réels
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100 % Santé	60 % BR	Frais réels - 60 % BR	Frais réels
• Autres équipements (Classe B)			
- Monture	60 % BR	100 € - 60 % BR	100 €
- Verres unifocaux simples ⁽⁵⁾	60 % BR	90 €/verre - 60 % BR	90 €/verre
- Verres unifocaux complexes ⁽⁵⁾	60 % BR	130 €/verre - 60 % BR	130 €/verre
- Verres multifocaux ou progressifs complexes ⁽⁵⁾	60 % BR	135 €/verre - 60 % BR	135 €/verre
- Verres multifocaux ou progressifs très complexes ⁽⁵⁾	60 % BR	150 €/verre - 60 % BR	150 €/verre
• Prestation d'adaptation de la correction à la vue et supplément pour verre avec filtre⁽⁶⁾	60 % BR	Frais réels - 60 % BR	Frais réels
• Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % BR + 135 €/an	100 % BR + 135 €/an
• Lentilles non remboursées par le régime de base	-	Crédit de 175 €/an/bénéficiaire	Crédit de 175 €/an/bénéficiaire
• Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiaire	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiaire
DENTAIRE			
• Soins et prothèses 100 % Santé⁽⁴⁾	70 % BR	Frais réels - 70 % BR	Frais réels
• Soins (hors 100 % Santé)	70 % BR	100 % BR	170 % BR
• Inlay Onlay (hors 100 % Santé) ⁽⁶⁾	70 % BR	200 % BR	270 % BR
• Prothèses (hors 100 % Santé)			
- Prothèses dentaires remboursées par le régime de base hors inlay core ⁽⁶⁾	70 % BR	250 % BR	320 % BR
- Inlay core ⁽⁶⁾	70 % BR	180 % BR	250 % BR
• Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base (hors inlays core)	-	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire
• Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 100 €/an/bénéficiaire	Crédit de 100 €/an/bénéficiaire
• Orthodontie prise en charge par le régime de base	70 % BR ou 100 % BR	230 % BR	300 % BR ou 330 % BR
• Orthodontie non prise en charge par le régime de base	-	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES			
• Équipements 100 % Santé (Classe I)^{(4) (7)}	60 % BR	Frais réels - 60 % BR	Frais réels
• Aides auditives hors 100 % Santé (Classe II) ⁽⁷⁾ jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60 % BR	1 700 € - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans	1 700 €/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans
• Aides auditives hors 100 % Santé (Classe II) ⁽⁷⁾ à partir de 21 ans	60 % BR	1 700 € - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans	1 700 €/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans
• Piles et accessoires	60 % BR	40 % BR	100 % BR

Nature des risques	Remboursements du régime de base	Remboursements complémentaires	Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)
HOSPITALISATION			
• Frais de séjour	80 % BR	20 % BR	100 % BR
• Honoraires	80 % BR	20 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Participation du patient⁽⁸⁾	-	Frais réels	Frais réels
• Chambre particulière (y compris ambulatoire)	-	50 €/jour	50 €/jour
• Frais d'accompagnant	-	25 €/jour	25 €/jour
• Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels	Frais réels
• Forfait patient urgences⁽¹⁰⁾	-	Frais réels	Frais réels
MATERNITÉ			
• Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
• Honoraires	100 % BR	-	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Prime de naissance : maternité ou adoption⁽⁹⁾	-	250 € par enfant (350 € à partir du 3 ^{ème})	250 € par enfant (350 € à partir du 3 ^{ème})
• Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels	Frais réels
• Forfait patient urgences⁽¹⁰⁾	-	Frais réels	Frais réels
PSYCHIATRIE			
• Frais de séjour	80 % BR	20 % BR	100 % BR
• Honoraires	80 % BR	20 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels	Frais réels
• Forfait patient urgences⁽¹⁰⁾	-	Frais réels	Frais réels
DIVERS			
• Transport pris en charge par le régime de base	65 % BR	35 % BR	100 % BR
• Pharmacie prescrite et non remboursée par le régime de base : médicaments, pilules contraceptives et substituts nicotiques	-	100€/an/bénéficiaire	100€/an/bénéficiaire
• Vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base	-	Crédit 40 €/an/bénéficiaire	Crédit 40 €/an/bénéficiaire
• Assistance	-	OUI	OUI
• Réseau de soins	-	OUI	OUI

FR : frais réels BR : base de remboursement de la Sécurité sociale.

(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).

(2) Actes de prévention, selon les conditions prévues dans l'arrêté du 18 novembre 2014 fixant la liste des prestations de prévention. L'ensemble des actes de prévention est pris en charge au titre du contrat.

(3) 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 deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 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 prévu par cet arrêté.

(4) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur relatifs au 100 % santé. 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.

(5) verres unifocaux simples de Classe B

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

verres unifocaux complexes de Classe B

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

verres multifocaux ou progressifs complexes de Classe B

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

verres multifocaux ou progressifs très complexes de Classe B

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

(6) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour certaines prothèses et soins hors 100 % Santé (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 en vigueur dès lors qu'ils ont pris effet.

(7) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de délivrance 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.

(8) Participation du patient : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (24 € en 2019). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 €.

(9) Y compris pour l'adoption, versée après demande auprès du régime de base sur justificatif.

(10) Forfait patient urgences : participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L. 160-13-1 du Code

Nature des risques	Remboursements du régime de base	Remboursements complémentaires	Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)
SOINS COURANTS			
• Honoraires médicaux (généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, ophtalmologues y compris téléconsultation)	90 % BR	10 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassement d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Honoraires paramédicaux	90 % BR	10 % BR	100 % BR
• Analyses et examens de laboratoire	90 % à 100 % BR	10 % à 0 % BR	100 % BR
• Radiographie	90 % BR	10 % BR	100 % BR
• Médicaments	15 % à 90 % BR	85 % BR à 10 % BR	100 % BR
• Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	90 % BR	100 % FR - 90 % BR	100 % FR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses	90 % BR à 100 % BR	210 % BR	300 % BR à 310 % BR
• Actes de prévention⁽²⁾	35 % à 90 % BR	de 65 % BR à 10 % BR	100 % BR
• Honoraires de médecine douce reconnus par le Ministère de la Santé (chiropractie, ostéopathie)	-	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire
OPTIQUE			
Équipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽³⁾			
• Équipements 100 % Santé (Classe A)⁽⁴⁾			
- Monture	90 % BR	Frais réels - 90 % BR	Frais réels
- Verres	90 % BR	Frais réels - 90 % BR	Frais réels
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100 % Santé	90 % BR	Frais réels - 90 % BR	Frais réels
• Autres équipements (Classe B)			
- Monture	90 % BR	100 € - 90 % BR	100 €
- Verres unifocaux simples ⁽⁵⁾	90% BR	90 €/verre - 90 % BR	90 €/verre
- Verres unifocaux complexes ⁽⁵⁾	90% BR	130 €/verre - 90 % BR	130 €/verre
- Verres multifocaux ou progressifs complexes ⁽⁵⁾	90% BR	135 €/verre - 90 % BR	135 €/verre
- Verres multifocaux ou progressifs très complexes ⁽⁵⁾	90% BR	150 €/verre - 90 % BR	150 €/verre
• Prestation d'adaptation de la correction à la vue et supplément pour verre avec filtre⁽⁴⁾	90% BR	Frais réels - 90 % BR	Frais réels
• Lentilles remboursées par le régime de base	90 % BR	10 % +135 €/an	100 % BR + 135 €/an
• Lentilles non remboursées par le régime de base	-	Crédit de 175 €/an/bénéficiaire	Crédit de 175 €/an/bénéficiaire
• Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiaire	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiaire
DENTAIRE			
• Soins et prothèses 100 % Santé⁽⁴⁾	90% BR	Frais réels - 90 % BR	Frais réels
• Soins (hors 100 % Santé)	90 % BR	80 % BR	170 % BR
• Inlay Onlay (hors 100 % Santé) ⁽⁴⁾	90% BR	180 % BR	270 % BR
• Prothèses (hors 100 % Santé)			
- Prothèses dentaires remboursées par le régime de base hors inlay core ⁽⁴⁾	90% BR	230 % BR	320 % BR
- Inlay core ⁽⁴⁾	90% BR	160 % BR	250 % BR
• Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base (hors inlays core)	-	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire
• Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 100 €/an/bénéficiaire	Crédit de 100 €/an/bénéficiaire
• Orthodontie prise en charge par le régime de base	90 % BR ou 100 % BR	230 % BR	320 % BR ou 330 % BR
• Orthodontie non prise en charge par le régime de base	-	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES			
• Équipements 100 % Santé (Classe I)^{(4) (7)}	90% BR	Frais réels - 90 % BR	Frais réels
• Aides auditives hors 100 % Santé (Classe II) ⁽⁷⁾ jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	90 % BR	1700 € - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans	1 700 €/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans
• Aides auditives hors 100 % Santé (Classe II) ⁽⁷⁾ à partir de 21 ans	90 % BR	1700 € - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans	1 700 €/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans
• Piles et accessoires	90 % BR	10 % BR	100 % BR

Nature des risques	Remboursements du régime de base	Remboursements complémentaires	Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)
HOSPITALISATION			
• Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
• Honoraires	100 % BR	-	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Participation du patient⁽⁸⁾	100% FR	-	Frais réels
• Chambre particulière (y compris ambulatoire)	-	50 €/jour	50 €/jour
• Frais d'accompagnant	-	25 €/jour	25 €/jour
• Forfait journalier hospitalier	100 % FR	-	Frais réels
• Forfait patient urgences⁽¹⁰⁾	100 % FR	-	Frais réels
MATERNITÉ			
• Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
• Honoraires	100 % BR	-	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Prime de naissance : maternité ou adoption⁽⁹⁾	-	250 € par enfant (350 € à partir du 3 ^{ème})	250 € par enfant (350 € à partir du 3 ^{ème})
• Forfait journalier hospitalier	100 % FR	-	Frais réels
• Forfait patient urgences⁽¹⁰⁾	100 % FR	-	Frais réels
PSYCHIATRIE			
• Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
• Honoraires	100 % BR	-	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Forfait journalier hospitalier	100 % FR	-	Frais réels
• Forfait patient urgences⁽¹⁰⁾	100 % FR	-	Frais réels
DIVERS			
• Transport pris en charge par le régime de base	100 % BR	-	100 % BR
• Pharmacie prescrite et non remboursée par le régime de base : médicaments, pilules contraceptives et substituts nicotiniques	-	100 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire
• Vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base	-	Crédit 40 €/an/bénéficiaire	Crédit 40 €/an/bénéficiaire
• Assistance	-	OUI	OUI
• Réseau de soins	-	OUI	OUI

FR : frais réels BR : base de remboursement de la Sécurité sociale.

(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).

(2) Actes de prévention, selon les conditions prévues dans l'arrêté du 18 novembre 2014 fixant la liste des prestations de prévention. L'ensemble des actes de prévention est pris en charge au titre du contrat.

(3) 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 deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 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 prévu par cet arrêté.

(4) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur relatifs au 100 % santé. 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.

(5) **Verres unifocaux simples de Classe B**

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

Verres unifocaux complexes de Classe B

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

Verres multifocaux ou progressifs complexes de Classe B

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

Verres multifocaux ou progressifs très complexes de Classe B

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

(6) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour certaines prothèses et soins hors 100 % Santé (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 en vigueur dès lors qu'ils ont pris effet.

(7) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de délivrance 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.

(8) Participation du patient : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (24 € en 2019). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 €.

(9) Y compris pour l'adoption, versée après demande auprès du régime de base sur justificatif.

(10) Forfait patient urgences : participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L.160-13-1 du Code de la Sécurité sociale.

TITRE 11

GARANTIE ASSISTANCE



ARTICLE 11.1

DISPOSITIONS GÉNÉRALES DE LA GARANTIE ASSISTANCE

11.1.1 Objet de l'assistance

La garantie assistance, assurée par MUTUAIDE ASSISTANCE 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 hospitalisation sur place.

11.1.2 Bénéficiaires de l'assistance

- Les salariés couverts par le présent contrat ;
- Leurs ayants droit tels que définis au titre « Définitions ».

11.1.3 Début et fin de la garantie assistance

La garantie MUTUAIDE ASSISTANCE entre en vigueur dès l'affiliation du salarié au présent contrat. Elle cesse tous ses effets en cas de cessation des garanties du présent contrat. 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

11.1.4 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 qui 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 8 jours consécutifs, pour des raisons médicalement justifiées et prouvées.

Atteinte corporelle grave

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

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

L'intoxication alimentaire est assimilée à un accident.

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

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

Blessure

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

Proche

Toute personne physique désignée par le bénéficiaire domiciliée :

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

Par DROM (départements et régions d'outre-mer), on entend la nouvelle appellation des DOM-TOM depuis la réforme constitutionnelle du 17 mars 2003 venant modifier la dénomination des DOM-TOM et leur définition.

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.

Déplacement garanti

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

Franchise

100 km du domicile.

Bagages

Les effets courants de voyage (maximum 20 kg).

MUTUAIDE ASSISTANCE organise :

- MUTUAIDE ASSISTANCE accomplit les démarches nécessaires pour accomplir la prestation.

MUTUAIDE ASSISTANCE prend en charge :

- MUTUAIDE ASSISTANCE finance le coût de la prestation.

11.1.5 Etendue territoriale de la garantie assistance

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.

11.1.6 Modalités de mise en oeuvre de la garantie assistance

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

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

Déclenchement de la garantie

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

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

Pour bénéficier des services de l'assistance, le salarié devra, au moment de l'événement, contacter MUTUAIDE Assistance.

Services disponibles 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 depuis la France et l'étranger :

	De France	De l'Etranger
Par téléphone	01 55 98 57 99	33 1 55 98 57 60*
Par fax	01 45 16 63 92 ou 01 45 16 63 94	33 1 45 16 63 92* ou 33 1 45 16 63 94*

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

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

Remboursements des frais engagés

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

MUTUAIDE ASSISTANCE
Service Gestion des Sinistres
126 rue de la Piazza - CS20010
93196 NOISY LE GRAND cedex

Contrôle

Pour ouvrir droit au bénéfice d'une prestation, MUTUAIDE ASSISTANCE 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.

11.1.7 Limites de responsabilité

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

11.1.8 Limites et exclusions de la garantie assistance

La garantie assistance exclut :

- les prestations qui n'ont pas été organisées par les soins de MUTUAIDE ASSISTANCE ou avec son accord ;
- la prise en charge des conséquences résultant d'actes intentionnels ou dolosifs du bénéficiaire ;
- les prestations servant à couvrir les conséquences d'infractions à la législation française ou étrangère ;
- les conséquences de l'exposition à des agents biologiques infectants, à des agents chimiques type gaz de combat, à des agents incapacitants, neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances 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 drogues non prescrits médicalement et ses conséquences ;
- l'état d'imprégnation alcoolique et ses conséquences ;
- la pratique, à titre professionnel, de tout sport ;
- la participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre ou aérien ;
- les conséquences des événements survenus au cours d'épreuves, courses et compétitions motorisées (et leurs essais) soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque le bénéficiaire y participe en tant que concurrent ;
- les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues, liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- l'inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
- les interdictions officielles, les saisies ou contraintes par la force publique ;
- l'absence d'aléa ;
- l'utilisation par le bénéficiaire d'appareils de navigation aérienne ;
- l'utilisation d'engins de guerre, explosifs et armes à feu ;

- les dommages résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire conformément à l'article L. 113-1 du Code des assurances ;
- les frais non justifiés par des documents originaux.

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

Exclusions de l'assistance en déplacement :

- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical ou d'intervention de chirurgie esthétique ;
- les événements survenus après le 90^e jour du déplacement ;
- les événements survenus lors d'un déplacement à moins de 100 km du domicile ;
- les frais engagés après le retour du voyage ou l'expiration de la garantie ;
- les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité du contrat, et notamment au-delà de la durée du déplacement prévu ;
- les frais liés aux excédents de poids des bagages, lors d'un transport par avion, et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec le bénéficiaire ;
- les maladies chroniques ;
- les frais médicaux et d'hospitalisation dans le pays de domicile du bénéficiaire, en France métropolitaine et dans les DROM ;
- les frais médicaux et d'hospitalisation dans le pays de domicile du bénéficiaire ;
- 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, hôtellerie, 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 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 thermique, traitement esthétique, vaccination et les frais en découlant.

11.1.9 Traitement des réclamations

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

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

MUTUAIDE Assistance
Service Qualité Clients
126 rue de la Piazza - CS 20010
93196 NOISY LE GRAND cedex

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

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

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

11.1.10 Collecte des données

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

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

- Les destinataires des données le concernant sont principalement les collaborateurs de l'assureur mais aussi ses partenaires pour la mise en œuvre des garanties et les organismes professionnels habilités.
- En sa qualité d'organisme financier, l'assureur est soumis aux obligations légales issues principalement du code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, qu'à ce titre, il met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon ou à une mesure de gel des avoirs conformément à l'autorisation unique donnée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 16 Juin 2011.
- Ses données personnelles pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance que la CNIL a autorisé l'assureur à mettre en œuvre conformément à l'autorisation unique en date du 17 Juillet 2014 ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

- En sa qualité d'assureur, il est fondé à effectuer des traitements de données relatives aux infractions, condamnations et mesures de sûreté soit au moment de la souscription du contrat d'assurance, soit en cours de son exécution ou dans le cadre de la gestion de contentieux conformément à l'autorisation unique donnée par la CNIL en date du 23 Janvier 2014.
- Les données personnelles pourront également être utilisées par l'assureur dans le cadre de traitements qu'il met en œuvre et dont l'objet est la recherche et le développement pour améliorer la qualité ou la pertinence de ses futurs produits d'assurance et offres de services.

Les données à caractère personnel le concernant peuvent être accessibles à certains des collaborateurs ou prestataires de l'assureur établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne. L'assuré pourra également demander une communication de ces renseignements et exercer son droit d'accès et de rectification sur l'ensemble des données le concernant en s'adressant au correspondant Relais Informatique et Libertés - MUTUAIDE ASSISTANCE 8/14 Avenue des Frères Lumière - 94368 BRY SUR MARNE Cedex.



ARTICLE 11.2

DESSCRIPTIF DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

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

11.2.1 Informations et services santé

Informations pratiques et juridiques

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

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

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

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

- renseignements généraux ;
- adresses et coordonnées de professionnels de santé (médecins, dentistes, infirmiers, ambulanciers, kinésithérapeutes, pharmacies de garde, laboratoires...) ;
- vaccinations ;
- hygiène – prévention ;
- diététique ;
- associations spécialisées ;

- magasins de matériel médical ;
- centres de cure, centres hospitaliers, centres de soins, de convalescence ;
- établissements spécialisés ;
- précautions à prendre, en cas de voyage, selon les pays visités.

Recherche et envoi d'un professionnel de santé

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

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

Réservation d'un lit en milieu hospitalier

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

Mise en relation avec un médecin

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

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

Soutien psychologique

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

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

▼ 11.2.2 Assistance de l'enfant malade

Garde des enfants

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

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

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

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

▼ 11.2.3 Assistance en cas d'hospitalisation (prévue ou imprévue)

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

Accompagnement administratif et social

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

Garde des enfants de moins de 16 ans

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

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

Cette prestation est accordée 1 fois par an.

Garde des ascendants

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

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

Cette prestation est accordée 1 fois par an.

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

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

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

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

Si le bénéficiaire souhaite la présence d'un proche parent, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge les frais de transport du proche jusqu'à son chevet, et ce, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales. Cette prestation est accordée au maximum 2 fois par an.

Aide-ménagère

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

La prestation est accordée au maximum 2 fois par an.

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

Recherche et livraison de repas

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

Cette prestation est accordée 2 fois par an.

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

Recherche et livraison de médicaments

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

Cette prestation est accordée 6 fois par an.

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

11.2.5 Assistance aux personnes en déplacement

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

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

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

- les médecins de MUTUAIDE ASSISTANCE doivent juger, après recueil des informations auprès du médecin local, qu'il est impossible de rapatrier le bénéficiaire dans l'immédiat dans son pays de domicile ;
- les soins auxquels s'applique l'avance doivent être prescrits en accord avec les médecins de MUTUAIDE ASSISTANCE ;
- le bénéficiaire ou toute personne autorisée par lui doit :

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

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

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

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

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

Rapatriement d'un bénéficiaire malade ou blessé

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

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

TITRE 12

TABLEAU DES PRESTATIONS ASSISTANCE

Pour bénéficier des services de l'assistance, le salarié devra, au moment de l'événement, contacter MUTUAIDE Assistance.
Services disponibles 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 depuis la France et l'étranger :

	De France	De l'Etranger
Par téléphone	01 55 98 57 99	33 1 55 98 57 60*
Par fax	01 45 16 63 92 ou 01 45 16 63 94	33 1 45 16 63 92* ou 33 1 45 16 63 94*

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

 PRESTATIONS D'ASSISTANCE (PAR BÉNÉFICIAIRE ET PAR AN)

INFORMATIONS ET SERVICES SANTÉ	
• Informations pratiques et juridiques	Inclus
• Informations par téléphone pour les adresses des professionnels de santé proches du domicile	Inclus
• Recherche et envoi d'un professionnel de santé	Inclus
• Réservation d'un lit en milieu hospitalier	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 par enfant
ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION (durée minimale de l'hospitalisation 4 jours)	
• Accompagnement administratif et social	Inclus
• Enfants mineurs 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)	7 500 € par événement
• Rapatriement médical (à plus de 100 km du domicile)	Frais de rapatriement par événement

* Garanties non cumulables avec l'aide-ménagère.

Pour bénéficier des services de l'assistance, le salarié devra, au moment de l'événement, contacter MUTUAIDE ASSISTANCE au 01 55 98 57 99. Services disponibles 7 jours sur 7 – 24 heures sur 24 depuis la France et l'étranger.

TITRE 13

RESEAU DE SOINS

L'objectif du réseau est de faciliter l'accès aux soins des bénéficiaires, contrôler les engagements des professionnels de santé dans la délivrance de la prestation et généraliser les flux dématérialisés.

Carte Blanche Partenaires, créée en 2001, est une SAS, qui intervient dans le domaine du tiers payant, de la gestion des réseaux de professionnels de santé et de l'accompagnement santé.

Le réseau partenaire Carte Blanche vous garantit l'accès à un réseau optique de plus de 7600 opticiens en France (dont 2 240 opticiens experts premium et 68 opticiens experts basse vision) proposant :

- des tarifs avantageux sur une très large gamme de verres et de lentilles permettant :
 1. le respect des critères du contrat responsable et notamment de son évolution à échéance du 1er janvier 2020 ;
 2. l'application d'un prix encadré : en moyenne, les prix définis par Carte Blanche sont entre 35% et 40% inférieurs aux prix du marché pour les verres et 15% inférieurs sur les lentilles ;
 3. l'information en temps réel de l'accord de prise en charge par votre organisme complémentaire ainsi que du montant éventuel restant à votre charge, l'application du tiers-payant, ainsi, pas d'avance de frais (selon l'accord entre l'opticien et le régime de base).
- des garanties sur les équipements :
 1. des verres de qualité et disposant systématiquement d'un traitement antireflet, »une garantie adaptation et déchirure de 3 mois sur les lentilles,
 2. une garantie casse de 2 ans sur les verres et la monture proposée (avec une franchise maximum de 40% du prix d'achat),
 3. une garantie d'adaptation de 6 mois pour les verres unifocaux et progressifs.

En plus de ce socle de base, les adhérents peuvent bénéficier gratuitement de « services + » auprès des opticiens qui ont choisi d'en proposer.

▼ 13.1 Ces services reposent sur 4 axes

■ Les lentilles de contact :

- un espace dédié et équipé pour recevoir le bénéficiaire,
- une large gamme de lentilles, produits d'entretien et lentilles d'essai,
- une garantie de 3 mois déchirure et adaptation (hors lentilles jetables et à renouvellement fréquent),
- la remise d'un document daté attestant de la garantie à compter de la livraison.

■ Un espace enfants de 0 – 6 ans :

- un environnement adapté à l'accueil des enfants,
- la présence d'une échelle d'acuité adaptée aux enfants ne sachant pas lire,
- un large choix de montures techniques pour enfants,
- une garantie réparation, gratuite et illimitée, des montures pendant deux ans,
- une garantie adaptation verres de 6 mois, et casse verres de 1 an,
- la remise d'un document daté attestant de la garantie à compter de la livraison.

■ Des garanties supplémentaires :

- la garantie casse des verres de minimum 3 ans (sans franchise ou avec franchise de 10% ou 20%),
- la garantie déchirure ou adaptation pour les lentilles avec option de durée de 4,5 ou 6 mois,
- la remise d'un document daté attestant de la garantie à compter de la livraison.
- Un second équipement à 1€ maximum :
 - avec le même fournisseur de verres que pour le premier équipement,
 - verres de qualité égale et de même génération que le premier équipement,

- pour les moins de 45 ans : équipement identique en traitement ou solaire,
- pour les plus de 45 ans : équipement identique en traitement ou solaire ou bien complémentaire (vision de près/de loin, verres d'intérieur, de proximité, etc.)
- **Une qualité de service optimale :**
 - un accueil professionnel par un opticien diplômé,
 - un libre choix de l'équipement, une information en toute transparence,
 - une remise de 2 devis détaillés au minimum.

▼ 13.2 Les services Carte Blanche Partenaires

■ Le référencement carte blanche – premium

Carte blanche partenaires a lancé le référencement premium depuis le 1er janvier 2016. A ce jour, 2 240 opticiens experts sont référencés premium.

L'objectif est de permettre au bénéficiaire d'identifier un opticien à l'expertise avérée et disposant d'équipements spécifiques en magasin.

Les opticiens carte blanche – premium peuvent proposer au bénéficiaire des verres spécifiques, appelés verres individualisés : verres qui nécessitent certaines mesures complémentaires (comme : une inclinaison du verre, le galbe de la monture, la distance verre-œil...).

Ces verres s'adaptent parfaitement aux besoins particuliers du porteur de lunettes.

Exemple : M. Michel a un très fort astigmatisme, un visage étroit et il travaille en extérieur. Avec un verre standard, il a des difficultés pour bien voir sur les côtés. Grâce à son expertise, l'opticien carte blanche – premium va adapter au mieux l'équipement à sa forte correction, à la morphologie de son visage et à son utilisation, en adaptant les verres à l'angle de galbe de sa monture pour une meilleure vision périphérique.

Afin de réaliser une prise en charge optimale pour le bénéficiaire, les opticiens carte blanche – premium possèdent des équipements spécifiques (salle d'examen, atelier de montage, outils numériques pour la prise de mesure, un niveau de qualification spécifique...) et s'appuient sur des verriers reconnus également référencés premium par Carte Blanche : Essilor et Zeiss.

■ l'offre PRYSME

Prysm, c'est une offre optique sans reste à charge qui préserve la qualité de l'équipement et du conseil apporté.

Une monture « 1796 » origine France garantie*

+ Des verres de grandes marques : Essilor, Zeiss ou Nikon

= un équipement de qualité sans reste à charge

* à choisir parmi 12 montures origine France garantie et 24 montures made in France

Selon le montant de sa garantie, l'assuré peut bénéficier d'un certain niveau de gamme, qui définit les verres et montures autorisés dans le cadre de l'offre. Carte Blanche Partenaires transmet en temps réel le refus ou l'accord de prise en charge à travers le logiciel de vente l'opticien via la norme Opto-AMC.

■ Site internet dédié, conseils en ligne, information :

Via l'interface du bénéficiaire, Carte Blanche Partenaires diffuse de l'information relative à différents domaines de la santé.

Plusieurs thématiques et domaines sont abordés, répartis par catégorie (dossiers, actualités, tests, guides et brochures)

Chaque semaine, les bénéficiaires de Carte Blanche peuvent recevoir la newsletter « Infos Santé », reprenant les derniers contenus publiés sur le site internet Carte Blanche.

■ Comment bénéficier du service Carte Blanche ?

Les assurés bénéficiant de ce service seront informés :

- via leur carte de tiers payant : les coordonnées ainsi que le logo sont présents au dos

- en se rendant sur leur compte client sur groupagricar.com : ils bénéficieront du service de localisation de l'opticien partenaire le plus proche de chez eux.

▼ 13.3 L'organisme de tiers payant

L'objectif premier du système du tiers payant étant de dispenser l'assuré – en tout ou partie – de l'avance de frais de santé. Il contribue ainsi à un meilleur accès aux soins, en particulier pour les patients qui y renoncent pour des raisons financières.

Ce service arrive en deuxième position des services les plus attendus par les français vis-à-vis de leur complémentaire santé. Le tiers payant vient ainsi répondre à un réel besoin des assurés.

Aussi, dans le cadre du partenariat du Groupe AGRICA avec le réseau de soins Carte Blanche Partenaires, Isanté est l'organisme de tiers payant travaillant à nos côtés.

Isanté propose aux professionnels de santé et aux assureurs complémentaires, tout un panel de solutions axées sur des valeurs d'engagement de service, d'innovation, et de prise en compte des besoins spécifiques de chacun de nos clients.

Le développement de Isanté est centré sur la qualité des relations avec les professionnels de santé et les assureurs complémentaires, avec notamment un engagement fort d'excellence dans l'accueil téléphonique, les conditions et délais de règlement.

A cet effet, Isanté a mis en place des plateaux de gestion dédiés, utilisant des outils fiables et des solutions techniques éprouvées.



**AGRICA
PRÉVOYANCE**

Proches par nature, engagés à vos côtés

AGRICA PREVOYANCE représente AGRIC 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