



**SALARIÉS**

# NOTICE D'INFORMATION

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



**AGRICA  
PRÉVOYANCE**

Proches par nature, engagés à vos côtés

# SOMMAIRE



<b>TITRE 1</b>	<b>PRÉAMBULE</b>	<b>5</b>
<b>TITRE 2</b>	<b>DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b>	<b>7</b>
ARTICLE 2.1	Objet du contrat	7
ARTICLE 2.2	Organismes assureurs	7
ARTICLE 2.3	Délégation de gestion	8
ARTICLE 2.4	Garantie assistance	8
ARTICLE 2.5	Réseau de soins	8
ARTICLE 2.6	Prescription	8
ARTICLE 2.7	Protection des données à caractère personnel	8
ARTICLE 2.8	Réclamation - Médiation	9
ARTICLE 2.9	Fausse déclaration	9
ARTICLE 2.10	Recours contre tiers responsable	10
ARTICLE 2.11	Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	10
<b>TITRE 3</b>	<b>CONDITIONS D'EXÉCUTION DU CONTRAT</b>	<b>11</b>
ARTICLE 3.1	Durée	11
ARTICLE 3.2	Groupe assuré	11
ARTICLE 3.3	Affiliation et prise d'effet	11
ARTICLE 3.4	Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail	12
ARTICLE 3.5	Cessation de l'affiliation	13
ARTICLE 3.6	Cessation du droit aux garanties	13

ARTICLE 3.7	Vos obligations	13
ARTICLE 3.8	Obligations de votre employeur	13
ARTICLE 3.9	Restitution de l'indû	13
ARTICLE 3.10	Cotisations de prévoyance	14
<b>TITRE 4</b>	<b>GARANTIE INCAPACITÉ DE TRAVAIL</b>	<b>15</b>
ARTICLE 4.1	Dispositions communes	15
ARTICLE 4.2	Incapacité temporaire de travail	16
ARTICLE 4.3	Incapacité permanente de travail	17
<b>TITRE 5</b>	<b>GARANTIE DÉCÈS</b>	<b>18</b>
ARTICLE 5.1	Capital Décès	18
ARTICLE 5.2	Rente Education	19
ARTICLE 5.3	Indemnité funéraire	19
ARTICLE 5.4	Exclusions	19
ARTICLE 5.5	Maintien des prestations décès	20
ARTICLE 5.6	Versement des prestations décès	20
<b>TITRE 6</b>	<b>GARANTIE FRAIS DE SANTÉ</b>	<b>21</b>
ARTICLE 6.1	Bénéficiaires des garanties	21
ARTICLE 6.2	Entrée en vigueur des garanties	21
ARTICLE 6.3	Montant des garanties	21
ARTICLE 6.4	Règlement des prestations	22
ARTICLE 6.5	Limites et exclusions de la garantie frais de santé	23
ARTICLE 6.6	Etendue territoriale de la garantie frais de santé	23
ARTICLE 6.7	Contrôle des prestations	23
ARTICLE 6.8	Maintien sous forme de contrat individuel	23
ARTICLE 6.9	Maintien de la garantie aux ayants droit d'un participant décédé	24

<b>TITRE 7</b>	<b>PORTABILITÉ DES DROITS</b>	<b>25</b>
	ARTICLE 7.1 Bénéficiaire	25
	ARTICLE 7.2 Ouverture et durée des droits à portabilité	25
	ARTICLE 7.3 Obligation de votre entreprise	25
	ARTICLE 7.4 Vos obligations	25
	ARTICLE 7.5 Prestations	26
	ARTICLE 7.6 Cessation de la portabilité	26
<b>TITRE 8</b>	<b>PIÈCES JUSTIFICATIVES</b>	<b>27</b>
<b>TITRE 9</b>	<b>DÉFINITIONS GARANTIES DE PRÉVOYANCE</b>	<b>29</b>
<b>TITRE 10</b>	<b>DÉFINITIONS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ</b>	<b>31</b>
	ARTICLE 10.1 Définitions des ayants droit intervenant au contrat	31
	ARTICLE 10.2 Définitions des termes propres au contrat	32
<b>TITRE 11</b>	<b>TABLEAU DES GARANTIES DE PREVOYANCE</b>	<b>35</b>
<b>TITRE 12</b>	<b>TABLEAU DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ</b>	<b>38</b>
<b>TITRE 13</b>	<b>GARANTIE ASSISTANCE</b>	<b>44</b>
	ARTICLE 13.1 Dispositions générales de la garantie assistance	44
	ARTICLE 13.2 Descriptif des prestations d'assistance	48
<b>TITRE 14</b>	<b>TABLEAU DES PRESTATIONS ASSISTANCE</b>	<b>52</b>
<b>TITRE 15</b>	<b>RESEAU DE SOINS</b>	<b>54</b>

# PRÉAMBULE



La présente notice a pour objet de vous présenter les garanties de Prévoyance et de Frais de santé prévues par le chapitre VII de la Convention Collective Nationale des entreprises du Paysage du 10 octobre 2008. Ce régime, unique et indissociable, a été mis en place dans le cadre de la Convention Collective Nationale des entreprises du Paysage en 2008 et réexaminé par les partenaires sociaux en 2019, donnant lieu à un nouvel avenant, l'avenant n°25, signé le 8 juillet 2019.

Les partenaires sociaux ont également recommandé AGRI PREVOYANCE comme organisme assureur des garanties.

## ■ FRAIS DE SANTE

Pour la France métropolitaine, AGRI PREVOYANCE délègue aux caisses de la Mutualité Sociale Agricole, l'appel des cotisations et le règlement des prestations.

Pour les DROM, AGRI PREVOYANCE délègue à :

CCMO Mutuelle, CS 50993, 6 avenue de Beauvaisis, PAE du Haut Villé, 60014 BEAUVAIS cedex, le versement des prestations complémentaires santé ;

AGRICA Prévoyance pour le compte d'AGRI PREVOYANCE, l'appel des cotisations.

## ■ PREVOYANCE

Pour la France métropolitaine, AGRI PREVOYANCE délègue l'appel des cotisations et le versement des prestations incapacité temporaire de travail aux caisses de la Mutualité Sociale Agricole. Le règlement des prestations incapacité permanente de travail et décès est effectué par AGRICA Prévoyance, pour le compte d'AGRI PREVOYANCE.

Pour les DROM, l'appel des cotisations ainsi que le versement des prestations incapacité temporaire de travail et décès sont réalisés par AGRICA Prévoyance, pour le compte d'AGRI PREVOYANCE.

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

**IMPORTANT**

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

**ATTESTATION DE  
RÉCEPTION DE LA NOTICE  
D'INFORMATION**

Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénom : .....

reconnais avoir reçu la Notice d'information du contrat : .....

.....

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

RÉSERVÉ AU SALARIÉ

À .....

Le .....

Signature

## TITRE 2

### DISPOSITIONS GÉNÉRALES

#### ARTICLE 2.1 Objet du contrat

**Vous bénéficiez auprès de AGRI PREVOYANCE d'un contrat collectif obligatoire souscrit par votre employeur à effet du 1<sup>er</sup> janvier 2022 et vous garantissant, selon le choix de votre employeur, une ou plusieurs des prestations suivantes :**

- le versement d'une indemnité journalière complémentaire, en cas d'incapacité temporaire de travail du participant ;
- le versement d'une pension complémentaire, en cas d'incapacité permanente de travail du participant ;
- le paiement d'un capital décès au(x) bénéficiaire(s), en cas de décès du participant ;
- le paiement d'une rente éducation aux enfants dont le participant avait la charge au jour de son décès ;
- le versement d'une indemnité funéraire ;
- le remboursement complémentaire de frais de santé en cas de dépenses de santé consécutives à une maladie, maternité ou accident.

Votre affiliation à AGRI PRÉVOYANCE vous donne également accès à nos services d'action sociale.

Confronté à une situation difficile, vous pouvez bénéficier d'une aide, notamment dans les cas suivants :

- accompagnement hospitalier ;
- aide à la famille (enfants en difficulté, placements, vacances, bourse d'études) ;
- dettes engendrées par un problème de santé ;
- réinsertion professionnelle suite à un accident du travail.

En outre, les partenaires sociaux de la CCN des entreprises du Paysage ont mis en place des droits non contributifs au profit de certains participants.

Par ailleurs, vous pouvez bénéficier de la politique d'action sociale et de prévention décidée, chaque année, par les partenaires sociaux dont l'Institution se chargera de vous informer selon les décisions prises.

#### ARTICLE 2.2 Organismes assureurs

Les garanties du contrat sont assurées par :

- **AGRI PREVOYANCE, sise 21 rue de la Bienfaisance - 75382 Paris Cedex 08, Institution de prévoyance, régie par le Code rural et de la pêche maritime, 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 2.3

### Délégation 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 à **La Mutualité Sociale Agricole (CMSA)** – dont relèvent l'entreprise adhérente et les participants.

#### Pour les entreprises des départements et régions d'outre-mer (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 2.4

### Garantie assistance

Vous bénéficiez d'une garantie assistance proposée par Mutuaide Assistance et définie **aux Titres 14 et 15** de la présente notice d'information.

## ARTICLE 2.5

### Réseau de soins

Vous bénéficiez des services proposés par le réseau de soins **Carte Blanche Partenaires**, 26 rue Laffitte - 75009 Paris défini au **Titre 16** de la présente notice d'information.

## ARTICLE 2.6

### Prescription

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

- par deux ans en ce qui concerne l'appel de cotisations,

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

Toutefois ce délai ne court :

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

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

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

Il s'agit notamment de :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du Code civil) ;
- une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;
- un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).
- La prescription est également interrompue par :
  - la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestation ;
  - l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception, adressé par l'Institution à l'entreprise adhérente, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant à l'Institution en ce qui concerne le règlement de la prestation.

## ARTICLE 2.7

### Protection des données à caractère personnel

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

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

Sont traitées les catégories de données suivantes :

- les données d'identification vous concernant et, s'il y a lieu, ceux de vos ayants droit et de vos bénéficiaires (numéro de Sécurité sociale, civilité, nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse postale, numéro de téléphone, e-mail) ;
- les données relatives à votre situation professionnelle ;
- les données relatives aux décomptes des frais médicaux et de soins ;
- dans le respect du secret médical, les données santé que vous êtes susceptibles de communiquer au Médecin conseil de l'Institution ;
- les données bancaires ;
- le cas échéant, le numéro d'identification de votre espace privé du site internet.

Ces données sont traitées pour les finalités suivantes :

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

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.

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

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

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

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, d'opposition, ainsi que du droit à la portabilité et à la communication post-mortem de vos données.

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

Vous pouvez exercer leurs droits en s'adressant au Délégué à la Protection des données par courrier électronique à l'adresse : [dpo.blf@goupagric.com](mailto:dpo.blf@goupagric.com) ou par courrier postal à l'adresse : Groupe AGRICA, Direction déléguée Maîtrise des Risques, 21 rue de la Bienfaisance, 75382 PARIS cedex 08.



## ARTICLE 2.8

### Réclamation – Médiation

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

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

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

- votre code client ;
- le domaine concerné (prévoyance et/ou santé).

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

Par la suite, vous pouvez présenter un recours auprès du Médiateur de la protection sociale (CTIP), en adressant le dossier complet :

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



## ARTICLE 2.9

### Fausse déclaration

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

AGRIC PREVOYANCE ou le délégataire de gestion, le cas échéant, peut opérer une vérification des données ainsi communiquées.

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

Les cotisations payées demeurent acquises à AGRI PREVOYANCE.

## **ARTICLE 2.10**

### **Recours contre tiers responsable**

---

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

En application de ce texte, lorsque le participant est victime d'un accident (accident de la circulation, accident domestique, agression...), il doit, sous peine de perdre ses droits aux garanties, déclarer à l'assureur de l'auteur le nom de AGRI PREVOYANCE et/ou le nom du délégataire de gestion, le cas échéant, en tant que tiers payeurs.

## **ARTICLE 2.11**

### **Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme**

---

Les opérations du présent contrat s'inscrivent dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme conformément aux articles L561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

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

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

## TITRE 3

### CONDITIONS D'EXÉCUTION DU CONTRAT

#### ARTICLE 3.1

##### Durée

Le régime complémentaire de Prévoyance et de Frais de santé, tel que défini dans la Convention Collective Nationale des entreprises du Paysage, auquel vous êtes affilié, s'impose à votre employeur tant sur les garanties apportées que sur leur niveau.

Le présent régime résultant d'une obligation prévue dans une convention de branche, conformément à l'article L.932-12 du Code de la Sécurité sociale, votre employeur ne peut remettre en cause son adhésion que dans les situations suivantes :

- la cessation d'activité de votre entreprise ;
- le changement d'activité faisant sortir votre entreprise du champ d'application de la CCN des entreprises du Paysage ;
- le changement d'organisme assureur recommandé par les partenaires sociaux ;
- la dénonciation du chapitre VII de la CCN des entreprises du Paysage décidée par les partenaires sociaux.

#### ARTICLE 3.2

##### Groupe assuré

Le présent contrat bénéficie à l'ensemble des salariés non cadres (ouvriers et employés), présents et futurs, 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.

#### ARTICLE 3.3

##### Affiliation et prise d'effet

#### ▼ 3.3.1 Principe : Affiliation obligatoire

Vous êtes obligatoirement affilié au contrat mettant en oeuvre ce régime, dès lors que vous êtes présent dans l'entreprise au jour de son entrée en vigueur et que vous remplissez les conditions définies à l'article 3-2, y compris si vous reprenez une activité dans le cadre d'un cumul Emploi-Retraite.

#### Salarié de métropole

Vous êtes affilié au contrat :

- à la date de prise d'effet du contrat lorsque vous êtes inscrit sur les registres du personnel et que vous faites partie du groupe assuré ;
- à compter de votre date d'entrée dans l'entreprise ou de votre promotion lorsque vous êtes engagé ou promu postérieurement à la date de prise d'effet du contrat et que vous entrez dans le groupe assuré.

#### Salarié des DROM

Votre entreprise doit formaliser votre affiliation par l'envoi à AGRI PREVOYANCE d'un bulletin d'affiliation cosigné par votre employeur et vous-même. Celle-ci prend effet à la date de réception dudit bulletin.

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 10 de la présente notice d'information ;
- un relevé d'identité bancaire (pour le règlement des prestations).

Dans tous les cas, AGRI PREVOYANCE confirme votre affiliation par l'envoi d'un certificat d'affiliation.

Vous bénéficiez des prestations du contrat dès le premier jour de prise d'effet de votre affiliation.

### 3.3.2 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, vous pouvez choisir de renoncer à la garantie frais de santé si vous êtes dans l'une des situations suivantes :

- vous bénéficiez 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 ouverture ou de cette aide.
- vous exercez votre activité à temps partiel ou vous êtes apprenti, dès lors que la part de votre cotisation frais de santé est égale ou supérieure à 10 % de votre rémunération brute.

Pour ce faire, vous devez effectuer votre demande de dispense d'affiliation à la garantie frais de santé par écrit auprès de votre employeur, au plus tard avant la fin du 1<sup>er</sup> mois au cours duquel vous avez été embauché.

Toutefois, si la part de votre cotisation frais de santé vient à représenter moins de 10% de votre rémunération brute de façon pérenne (au moins 6 mois consécutifs), l'affiliation à la garantie frais de santé devient de nouveau obligatoire, vous devez alors être affilié et cotiser à l'assurance santé.

- vous exercez une activité salariée au sein de plusieurs entreprises adhérentes au présent contrat.

La cotisation frais de santé est prélevée et versée uniquement par l'entreprise au titre de laquelle vous avez acquis le plus d'ancienneté, sauf si accord écrit entre vos entreprises et vous-même.

Pour ce faire, vous devez informer vos différents employeurs de votre situation et demander par écrit une dispense d'affiliation dans l'entreprise où votre ancienneté est la moins importante, au plus tard le 8 du mois précédant la mise en oeuvre de la dispense d'affiliation.

Vous devrez produire chaque année à votre employeur auprès duquel vous bénéficiez d'une dispense d'affiliation tous documents justifiant de la couverture frais de santé souscrite chez votre autre employeur.

## ARTICLE 3.4

### Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

#### 3.4.1 Votre contrat de travail est suspendu et vous êtes indemnisé durant cette période

Vos garanties de prévoyance et de frais de santé sont maintenues à votre égard et le cas échéant, à vos ayants droit pendant la période de suspension de votre contrat de travail lorsque :

- vous bénéficiez du versement d'indemnités journalières complémentaires ou d'une pension ou d'une rente complémentaire 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, vous êtes exonéré, ainsi que votre employeur, du versement des cotisations de prévoyance et de frais de santé pour tout arrêt de travail d'une durée d'un mois civil entier et tant que vous ne reprenez pas votre activité.
- vous bénéficiez d'un revenu de remplacement versé par votre employeur, notamment en cas d'activité partielle, d'activité partielle de longue durée, de congé de reclassement ou de congé de mobilité. Dans cette situation, les cotisations de prévoyance et de frais de santé sont dues dans les mêmes conditions que lorsque vous êtes en activité, pendant toute la période de suspension de votre contrat de travail indemnisée.

#### 3.4.2 Votre contrat de travail est suspendu pour une autre cause

Si vous bénéficiez d'un congé prévu par le Code du travail ou votre convention collective ayant pour conséquence la suspension de votre contrat de travail, notamment en cas de congé sans solde, de congé parental, de congé pour création d'entreprise, etc., vous pouvez conserver la garantie frais de santé, sous réserve d'en faire la demande et de vous acquitter de la totalité de la cotisation correspondante (part patronale et part salariale).

La cotisation frais de santé est alors calculée sur la somme des rémunérations brutes ayant donné lieu à cotisations au cours des 4 derniers trimestres civils précédant la suspension de votre contrat de travail. Votre employeur doit informer la caisse de la Mutualité Sociale Agricole ou AGRI PREVOYANCE (pour les salariés des DROM) de votre situation dans les meilleurs délais.

Pour ce faire, dès réception de cette information, la caisse de la Mutualité Sociale Agricole ou AGRI PREVOYANCE (pour les salariés des DROM) vous adresse une demande de maintien que vous devez lui retourner dûment complétée et signée. Votre affiliation personnelle prend effet dès le lendemain de la cessation de votre couverture collective, sous réserve que la caisse de la Mutualité Sociale Agricole ou AGRI PREVOYANCE (pour les salariés des DROM) ait reçu votre demande de maintien dans le mois qui suit la suspension de votre contrat de travail.

À défaut, votre affiliation s'effectue le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception de votre demande de maintien. Le paiement de la cotisation frais de santé s'effectue par prélèvement automatique sur votre compte bancaire.

Selon votre choix, ce prélèvement est effectué :

- mensuellement, le 10 de chaque mois civil ;
- ou trimestriellement, le 10 du premier mois de chaque trimestre civil.

Si vous ne demandez pas le maintien de la garantie frais de santé, celle-ci cesse le dernier jour du mois pour lequel la cotisation frais de santé a été versée par votre employeur.

### **ARTICLE 3.5** Cessation de l'affiliation

Votre affiliation au contrat cesse :

- à la date d'effet de la résiliation du présent contrat conclu entre votre employeur et l'Institution ;
- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir au groupe assuré tel que défini dans la présente notice d'information ;
- à la date de rupture de votre contrat de travail, quel qu'en soit le motif, étant précisé que si vous bénéficiez des dispositions légales applicables en matière de cumul emploi-retraite, il s'agit de la date de rupture de votre contrat de travail au titre de l'activité cumulée avec votre retraite.

#### **Pour vos ayants droit :**

Outre les cas de dénonciation prévus à l'article « Affiliation et prise d'effet des garanties » de la présente notice d'information, l'affiliation de vos ayants droit prend fin :

- dès que vous cessez d'être affilié au présent régime, pour quelle que cause que ce soit ;
- dès qu'ils perdent la qualité d'ayant droit.

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

Dans tous ces cas, **retournez la carte papier de votre assurance complémentaire frais de santé à AGRI PREVOYANCE ou au délégataire de gestion, le cas échéant.**

### **ARTICLE 3.6** Cessation du droit aux garanties

Vos garanties de **prévoyance** prennent fin à la date de cessation de votre affiliation à l'exception :

- du maintien du versement, au niveau atteint, des prestations incapacité temporaire ou incapacité permanente si vous êtes en cours d'indemnisation ;
- du maintien du droit à la garantie décès si vous bénéficiez 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 en cas de cumul Emploi/Retraite, à la date de liquidation de votre 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.

Vos garanties **frais de santé** cessent :

- à la fin du mois au cours duquel intervient la cessation de votre affiliation et/ou de celle de vos ayants droit dans les conditions prévues à l'article précédent ;
- à la résiliation du présent contrat par votre employeur adhérente ou par AGRI PREVOYANCE.

### **ARTICLE 3.7** Vos obligations

Vous vous obligez :

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

### **ARTICLE 3.8** Obligations de votre employeur

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

### **ARTICLE 3.9** Restitution de l'indû

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

 **ARTICLE 3.10****Cotisations de prévoyance**

---

**▼ 3.10.1 Taux et montant des cotisations**

Les taux et montant des cotisations finançant vos garanties ainsi que leur répartition sont définis par les partenaires sociaux de la CCN des entreprises du Paysage et ses avenants.

Les cotisations de prévoyance sont calculées en pourcentage du salaire sur vos rémunérations brutes entrant dans l'assiette des cotisations du régime de base de Sécurité sociale telle que définie à l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale et 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 votre employeur, notamment dans le cadre de l'activité partielle, de l'activité partielle de longue durée, du congé de reclassement ou du congé de mobilité.

La cotisation frais de santé est exprimée en euros.

Elle est due dans son intégralité pour tout mois commencé, y compris en cas d'affiliation, de suspension ou de rupture de votre contrat de travail en cours de mois.

**▼ 3.10.2 Modalités de paiement des cotisations**

Excepté en cas de demande de maintien des garanties :

- le financement des garanties est assuré conjointement par vous-même et votre employeur, dès votre affiliation ;
- votre part de cotisations est directement précomptée sur votre fiche de paie ;
- votre employeur a la responsabilité du versement total des cotisations.

**▼ 3.10.3 Exonération du paiement des cotisations**

Les cotisations sont dues jusqu'à la date de la cessation de votre affiliation.

Toutefois, vous êtes exonéré ainsi que votre employeur du versement des cotisations AGRI PREVOYANCE durant toute la période donnant lieu au service de prestations d'incapacité temporaire ou permanente, au titre du contrat.

En cas de reprise partielle d'activité, les cotisations doivent être versées par vous-même et votre employeur sur la base de votre salaire réel d'activité.

Les garanties continuent cependant à vous être accordées et sont déterminées d'après votre salaire annuel de base retenu pour le calcul des prestations d'incapacité de travail.

## TITRE 4

# GARANTIE INCAPACITÉ DE TRAVAIL



### ARTICLE 4.1

#### Dispositions communes

##### 4.1.1 Contrôle de l'Institution

###### Contrôle médical

AGRI PREVOYANCE pourra exercer un contrôle médical si vous avez fait une demande d'indemnisation au titre de l'incapacité temporaire ou permanente, et ce afin que l'Institution puisse constater votre état d'incapacité de travail.

Dans le cadre de ce contrôle médical, AGRI PREVOYANCE pourra vous demander de faire établir, par votre médecin traitant, un certificat médical, lequel sera envoyé sous pli confidentiel à l'adresse d'un médecin conseil dûment mandaté par AGRI PREVOYANCE. Au vu de ce certificat médical, AGRI PREVOYANCE pourra exercer un contrôle médical directement auprès de vous.

En tout état de cause, vous perdrez tout droit aux prestations en cas de :

- refus de satisfaire aux contrôles médicaux ;
- utilisation de documents inexacts ;
- fausses déclarations ayant pour objet d'induire AGRI PREVOYANCE en erreur sur les effets et les suites de la maladie ou de l'accident.

###### Contrôle de la persistance des droits

AGRI PREVOYANCE peut vous demander tout justificatif qui lui semblerait nécessaire afin de vérifier que le montant de l'indemnisation ne dépasse pas les limites de cumul des prestations.

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

##### 4.1.2 Cumul des prestations

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

Toutefois, le total des sommes qui vous sont versées par AGRI PREVOYANCE :

- 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 que vous avez perçu avant l'incapacité de travail.

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

Dans l'hypothèse de la réduction du montant des indemnités qui vous sont servies 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 AGRI PREVOYANCE diminuera dans les mêmes proportions.

Si vous êtes titulaire d'une pension d'invalidité catégorie 3 ou d'une rente accident du travail ou maladies professionnelles, la majoration pour tierce personne versée par le régime de base n'est pas prise en compte pour l'application de la règle de cumul visée 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 AGRI PREVOYANCE 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 par votre employeur ou de rupture de votre contrat de travail intervenant avant la fin de votre période d'indemnisation par le régime de base, le versement de vos prestations complémentaires est maintenu jusqu'à la fin de l'indemnisation par ce régime.

### ▼ 4.1.5 Exclusions

Sont garantis par AGRI PREVOYANCE tous les risques d'incapacité de travail, à l'exclusion de ceux résultant :

- de la guerre,
- de maladies ou accidents qui sont de votre fait volontaire, à l'exception de la tentative de suicide.

## ARTICLE 4.2

### Incapacité temporaire de travail

#### ▼ 4.2.1 Les prestations

En cas d'incapacité temporaire de travail, les prestations susceptibles d'être versées par AGRI PREVOYANCE 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.

**Vos prestations incapacité temporaire de travail sont précisées dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance ».**

#### ▼ 4.2.2 Conditions de l'indemnisation

Cette garantie vous assure en cas d'arrêt de travail consécutif à un accident de la vie privée, une maladie, un accident du travail ou une maladie professionnelle dûment justifié par prescription médicale, le versement d'indemnités journalières complémentaires à celles servies par le régime de base.

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

En cas de maladie ou d'accident de la vie privée, le bénéfice de cette même garantie vous est accordé, sous réserve de justifier de **12 mois d'ancienneté continu ou non** dans l'entreprise. Il est précisé que votre ancienneté est appréciée au 1<sup>er</sup> jour de votre absence.

#### ▼ 4.2.3 Les prestations

En cas d'incapacité temporaire de travail, les prestations susceptibles d'être versées par AGRI PREVOYANCE 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.

**Vos prestations incapacité temporaire de travail sont précisées dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance ».**

#### ▼ 4.2.4 Modalités de l'indemnisation

**Le montant de l'indemnité journalière complémentaire est précisé dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance ».**

Le salaire net servant de base au calcul de l'indemnité journalière complémentaire correspond à votre 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 votre employeur, 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 d'arrêts de travail successifs, le salaire de référence est calculé sur la base des rémunérations ayant précédé votre 1<sup>er</sup> arrêt de travail.

Les indemnités journalières complémentaires sont payables dès réception par AGRI PREVOYANCE ou le délégataire de gestion le cas échéant, des justificatifs du régime de base auprès de votre entreprise.

En cas de reprise à temps partiel de votre travail et à condition que vous continuiez à bénéficier des prestations normales ou réduites du régime de base, le service de l'indemnité journalière complémentaire vous est maintenu en application des dispositions relatives au cumul des prestations.

#### ▼ 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 DOM :**

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 Durée de l'indemnisation

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

Ce versement cesse définitivement :

- lorsque le régime de base ne vous verse plus d'indemnités journalières ;
- lorsque le régime de base vous reconnaît un état d'incapacité permanente ;
- lorsque le régime de base vous attribue une pension vieillesse.

Si vous bénéficiez du dispositif cumul Emploi-Retraite, le service des indemnités journalières attribuées au titre de votre reprise d'activité cesse à la rupture de votre contrat de travail.

## ARTICLE 4.3

### Incapacité permanente de travail

#### ▼ 4.3.1 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.

**Vos prestations incapacité permanente de travail sont précisées dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance »**

#### ▼ 4.3.2 Conditions de l'indemnisation

Pour bénéficier d'une pension d'incapacité permanente complémentaire, vous devez :

- justifier d'une ancienneté de 12 mois continus ou non dans l'entreprise.

Cette condition d'ancienneté n'est pas requise si vous perceviez auparavant des indemnités journalières complémentaires au titre d'une maladie ou d'un accident de la vie privée, du travail, de trajet et de maladie professionnelle.

- ne pas pouvoir prétendre à une retraite de base à taux plein, notamment au titre de l'inaptitude au travail.

La pension mensuelle d'incapacité permanente complémentaire vous est versée dès la date de reconnaissance de l'incapacité permanente par le régime de base.

Vous bénéficiez de cette prestation complémentaire tant que le versement de la pension d'invalidité ou de la rente accident du travail ou maladies professionnelles vous est maintenu par le régime de base.

## ▼ 4.3.3 Modalités de l'indemnisation

**Le montant de la pension mensuelle est précisé dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance ».**

Le salaire net retenu pour calculer le montant de votre pension complémentaire correspond au 12<sup>ème</sup> des salaires nets perçus au cours des 12 mois civils précédant votre arrêt de travail pour maladie ou accident, augmenté, le cas échéant, du revenu de remplacement versé par votre employeur, 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.

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

La pension vous est versée directement par AGRI PREVOYANCE.

Votre pension mensuelle peut être réduite, suspendue ou supprimée en cas de réduction de votre degré d'incapacité, ainsi que si vous reprenez une activité professionnelle en application des dispositions relatives au cumul des prestations.

#### ▼ 4.3.4 Durée de l'indemnisation

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

Le versement cesse définitivement :

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

## TITRE 5

### GARANTIE DÉCÈS

#### ARTICLE 5.1 Capital Décès

##### ▼ 5.1.1 Capital de base

En cas de décès, AGRI PREVOYANCE verse aux bénéficiaires un capital de base dont le montant est exprimé en pourcentage du salaire annuel de base tel que défini au titre « Définitions » de la présente notice.

**Le montant du capital de base est précisé dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance ».**

##### ▼ 5.1.2 Majorations familiales

Le capital de base peut être majoré en fonction de votre situation familiale au moment de votre décès.

Le montant des majorations familiales est exprimé en pourcentage du salaire annuel de base tel que défini au titre « Définitions » de la présente notice.

**Le montant des majorations familiales est précisé dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance ».**

##### ▼ 5.1.3 Bénéficiaires

###### Capital de base

Le capital décès est versé comme suit :

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

- En totalité à votre conjoint survivant non séparé de corps ;
- Entre votre conjoint, qui ne peut se voir attribuer moins de 50 % du capital, et vos descendants, si vous avez notifié à AGRI PRÉVOYANCE une répartition.

Le cocontractant d'un PACS est assimilé au conjoint non séparé de corps. En l'absence de conjoint survivant non séparé de corps, le capital est versé en totalité à vos descendants.

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

- Aux bénéficiaires (personnes physiques) désignés par vos soins ;
- Votre concubin justifiant d'au moins deux ans de vie commune, sous réserve que vous ne soyez ni marié ni pacsé ;
- A vos héritiers, selon l'ordre successoral tel que défini aux articles 734 à 755 du code civil.

Pour ouvrir droit au versement du capital décès de base, votre conjoint, cocontractant d'un PACS, concubin et vos enfants à charge tels que définis au titre « Définitions garanties de prévoyance » doivent être reconnus comme tels au jour de votre décès.

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), vous devez 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 AGRI PREVOYANCE lui est inopposable.**

Si vous avez désigné plusieurs bénéficiaires, le capital décès est attribué selon la répartition que vous avez expressément indiquée. En l'absence de précision sur la répartition, le capital est versé par parts égales entre les bénéficiaires.

Si l'une des personnes désignées est décédée au jour de votre décès, la part de capital de celle-ci est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective dans le capital décès.

Il sera fait application de la désignation de bénéficiaire(s) effectuée par vos soins et portée à la connaissance de AGRI PREVOYANCE avant le **1<sup>er</sup> janvier 2020, lorsque vous étiez déjà affilié auprès de cette dernière à cette date, sauf nouvelle désignation effectuée depuis.**

## 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 vos enfants à charge, est répartie par parts égales entre eux, étant précisé que vos enfants à charge (tels que définis au titre « Définitions garanties de prévoyance » de la présente notice) doivent être reconnus comme tels au jour de votre décès.

### 5.1.4 Invalidité absolue et définitive

Est assimilée au décès (accidentel ou non), l'invalidité absolue et définitive (accidentelle ou non) vous interdisant toute activité rémunérée et vous permettant de bénéficier de l'assistance d'une tierce personne au sens de l'assurance maladie, invalidité ou de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles du régime de base.

L'invalidité absolue et définitive ouvre droit :

- dès la fourniture à l'Institution de la constatation médicale,
- après en avoir fait la demande,
- pour autant que votre état persiste,
- et à condition que vous ne puissiez pas prétendre à une retraite de base à taux plein notamment au titre de l'inaptitude au travail,
- au paiement par anticipation entre vos mains ou de votre représentant légal du capital décès de base 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 de votre décès sous réserve que vos enfants à charge et votre conjoint tels que définis au titre « Définitions » de la présente notice soient reconnus comme tels au jour de votre décès.

**Le montant du capital décès est précisé dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance ».**

Le paiement du capital décès s'effectue par un versement unique et met définitivement fin à l'attribution de celui-ci.

Si votre invalidité cesse d'être absolue et définitive postérieurement au versement par anticipation du capital décès et avant la liquidation de votre retraite de base, les bénéficiaires ne peuvent plus prétendre au versement dudit capital décès.

## ARTICLE 5.2 Rente Education

Au moment de votre décès, AGRI PREVOYANCE verse une rente éducation annuelle à chacun de vos enfants à charge (tels que définis au titre « Définitions garanties de prévoyance » de la présente notice).

**Le montant de la rente éducation est précisé dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance ».**

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

A la fin de chaque année civile, la revalorisation de la rente éducation, est examinée par le Conseil d'administration de AGRI PREVOYANCE lequel fixe, pour l'exercice suivant, le coefficient servant à la revalorisation des prestations en cours de service.

## ARTICLE 5.3 Indemnité funéraire

AGRI PREVOYANCE verse une indemnité funéraire dont le montant est égal à un pourcentage du plafond mensuel de Sécurité sociale en vigueur à la date de votre décès.

**Le montant de l'indemnité funéraire est précisé dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance ».**

Le versement de l'indemnité funéraire intervient :

- si vous décédez ou l'un de vos ayants droit décède.

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 AGRI PREVOYANCE tous les risques de décès ou d'invalidité absolue et définitive, à l'exclusion de ceux résultant :

- de la guerre ;
- de maladies ou accidents qui sont le fait volontaire du bénéficiaire ;
- de votre fait, 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 AGRI PREVOYANCE tous les risques de décès, à l'exclusion de ceux résultant :

- de la guerre ;
- de maladies ou accidents qui sont de votre fait volontaire ou de votre 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 décès

L'ensemble des garanties décès choisies par votre employeur sont maintenues dans les cas suivants :

- si vous êtes indemnisé par AGRI PREVOYANCE au titre des garanties incapacité temporaire de travail ou incapacité permanente de travail lorsque votre contrat de travail est rompu ;
- si vous êtes indemnisé par AGRI PREVOYANCE au titre des garanties incapacité temporaire ou permanente de travail lorsque votre entreprise a résilié le contrat.



## ARTICLE 5.6

### Versement des prestations décès

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.

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.

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 AGRI PREVOYANCE 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<sup>er</sup> novembre de l'année précédente. Cette revalorisation est calculée prorata temporis en fonction du délai écoulé.

## TITRE 6

### GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

#### ARTICLE 6.1

##### Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires de la garantie frais de santé sont :

- **vous-même**, si vous êtes en activité ou si vous êtes indemnisé par le régime de base au titre de l'incapacité temporaire ou permanente de travail consécutive à une maladie, un accident de la vie privée, une maternité, un accident du travail ou une maladie professionnelle ;
- **vos ayants droit**, tels que définis au Titre 10 de la présente notice d'information.

#### ARTICLE 6.2

##### Entrée en vigueur des garanties

La garantie entre en vigueur :

###### **pour vous-même :**

- dès la prise d'effet de votre affiliation, conformément aux dispositions de l'article 3-3 de la présente notice d'information ;

###### **Pour vos ayants droit :**

- à la date de prise d'effet de votre affiliation ;
- à la date de survenance d'un événement modifiant votre situation familiale (mariage, concubinage, PACS, naissance ou adoption d'un enfant) 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 de la présente notice d'information.

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

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

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

- L'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par le régime de base. Cette prise en charge n'est pas obligatoire pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie. Néanmoins, elle peut être prévue au tableau de garanties ;
- 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 Règlement des prestations

Les prestations du régime frais de santé vous sont réglées **directement par AGRI PREVOYANCE ou le délégataire de gestion, le cas échéant.**

Le présent contrat met à votre disposition et à vos ayants droit un service de tiers payant (dispense d'avance des frais) sur l'ensemble des garanties prévues par ledit contrat, à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale 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, AGRI PREVOYANCE ou le délégataire de gestion, le cas échéant, vous délivre une carte complémentaire (sous forme papier) qui devra lui être restitué (e) lorsque vous cessez de bénéficier dudit contrat.

## ARTICLE 6.5

### Limites et exclusions de la garantie frais de santé

De manière générale, ne sont pas pris en charge :

- Les frais engagés, au titre d'actes exécutés avant la date d'entrée en vigueur des garanties ou après la cessation des garanties ;
- Les frais résultants d'actes qui, bien qu'inscrits à la nomenclature des actes professionnels, ne sont pas pris en charge par le régime de base, sauf cas prévus au tableau de garanties figurant en annexe de la présente notice d'information ;
- Les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.

## ARTICLE 6.6

### Etendue territoriale de la garantie frais de santé

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

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

## ARTICLE 6.7

### Contrôle des prestations

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

Si intentionnellement, vous fournissez de faux renseignements ou usez de documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement, vous perdez tout droit aux garanties pour la demande de règlement en cause.

En cas de récupération de la part du régime de base, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, AGRI PREVOYANCE et/ou le délégataire de gestion se réservent le droit de récupérer toutes prestations qui vous auront été indûment réglées.

## ARTICLE 6.8

### Maintien sous forme de contrat individuel

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

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

- être bénéficiaire d'une pension de retraite ;
- être privé d'emploi et bénéficier d'un revenu de remplacement ;
- avoir un contrat de travail rompu et être bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité et percevoir à ce titre des prestations en espèces de son régime de base obligatoire.
- Etre ayant droit de l'assuré décédé, à condition d'en faire la demande dans les six mois du décès.

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

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

#### 6.8.2 A vos ayants droit, si vous décédez

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

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

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

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



**ARTICLE 6.9**

**Maintien de la garantie aux ayants droit d'un participant décédé**

---

A votre décès, vos ayants droit bénéficient d'un maintien gratuit à la garantie Frais de santé jusqu'à la fin des 3 mois civils suivant votre décès.

## TITRE 7

### PORTABILITÉ DES DROITS

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

Si votre entreprise disposait de garanties 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 AGRI PREVOYANCE ou le délégataire de gestion le cas échéant, des anciens salariés susceptibles d'ouvrir droit à la portabilité au titre de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

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

#### ARTICLE 7.1 Bénéficiaire

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

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

#### ARTICLE 7.2

##### Ouverture et durée des droits à portabilité

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

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

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

#### ARTICLE 7.3

##### Obligation de votre entreprise

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

#### ARTICLE 7.4

##### Vos obligations

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

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

En cas de décès, l'ensemble des pièces justificatives doivent être produites par les bénéficiaires au moment de la demande d'attribution des prestations décès.

Vous devez informer AGRI PREVOYANCE ou le délégataire de gestion le cas échéant de la cessation du versement des allocations chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité.

## ARTICLE 7.5

### Prestations

---

Les prestations qui vous sont accordées au titre de la portabilité, sont identiques à celles définies par le contrat pour les salariés en activité.

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

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

## ARTICLE 7.6

### Cessation de la portabilité

---

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

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

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

## TITRE 8

### PIÈCES JUSTIFICATIVES

#### Incapacité temporaire de travail

Votre employeur doit adresser à AGRI PREVOYANCE (pour les entreprises de la métropole) ou à la caisse de MSA (pour les entreprises des DROM) les documents suivants :

- le formulaire de « demande de paiement d'indemnités journalières complémentaires », précisant vos salaires bruts et nets, éventuellement reconstitués en cas d'arrêts de travail, selon les mêmes modalités que celles utilisées pour le calcul des indemnités journalières de base de la MSA ;
- un certificat médical, sous pli confidentiel à l'attention de « Monsieur le Médecin Conseil » de AGRI PREVOYANCE ;
- les décomptes d'indemnités journalières versées par le régime de base depuis le début de l'arrêt de travail ;
- tout autre document justifiant des sommes perçues, notamment au titre d'un autre régime de prévoyance.

#### Incapacité permanente de travail

Vous devez transmettre à AGRI PREVOYANCE, soit par l'intermédiaire de votre employeur, soit directement, les documents suivants :

- la copie de la notification d'attribution par le régime de base de la pension d'invalidité ou de la rente accident du travail ou maladie professionnelle ;
- votre relevé d'identité bancaire ou postal ;
- une photocopie de votre avis d'imposition ou de non-imposition de l'année N-2, si vous percevez du régime de base une pension d'invalidité de 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie, ou une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle pour un taux supérieur ou égal à 33 % ;
- une copie des bulletins de salaire des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail ;
- en cas d'activité à temps partiel, les copies des bulletins de salaire afférents à votre reprise d'activité.

Par ailleurs, vous devez nous préciser si votre contrat de travail est maintenu ou rompu, la date de votre arrêt de travail initial, ainsi que votre pourcentage d'activité (pourcentage de votre temps de travail par rapport à un temps plein), en cas de reprise à temps partiel.

#### Capital décès et rentes

Votre employeur ou le(s) bénéficiaire(s) du capital décès doit déclarer le décès le plus rapidement possible à AGRI PREVOYANCE, qui lui ou leur adresse alors un dossier de demande de versement du capital décès et, le cas échéant, de rente éducation ou de conjoint.

Ce dossier doit être retourné à AGRI PREVOYANCE dûment complété et accompagné des pièces justificatives nécessaires suivantes :

- l'acte de décès et l'extrait d'acte de naissance du défunt avec filiation pour chacun des bénéficiaires et, le cas échéant, un certificat médical post mortem ;
- en cas désignation de bénéficiaire(s), une copie de la pièce d'identité de chaque bénéficiaire ;
- en l'absence de désignation, une copie du livret de famille et selon le cas, une copie de l'acte de notoriété ou un certificat d'hérédité ;
- un relevé d'identité bancaire du ou des bénéficiaires.
- tout document justifiant de la qualité d'enfant à charge et selon la qualité de chaque bénéficiaire, un certificat de scolarité, une attestation de chômeur non indemnisé, une photocopie de la carte d'invalidité ou un justificatif attestant d'une mission de service civique etc...
- les pièces justificatives doivent être fournies chaque année.

AGRI PREVOYANCE se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire qu'elle juge nécessaire au règlement des prestations.

En plus, selon le cas :

Pour le concubin :

- une attestation sur l'honneur justifiant du caractère permanent du concubinage jusqu'au décès du salarié et sa durée ;
- deux justificatifs de domicile commun au moment du décès (quittance d'électricité et/ou gaz, facture téléphonique, attestation d'assurance) ;

Pour le partenaire lié par un PACS :

- le document attestant l'engagement dans les liens du PACS délivré par le greffe du tribunal d'instance ;

AGRI PREVOYANCE se réserve le droit de réclamer, le cas échéant, des pièces complémentaires après instruction de votre dossier.

#### **Indemnité funéraire**

Le décès doit être déclaré à AGRI PREVOYANCE et un dossier de demande de versement de l'indemnité doit lui être adressé.

Ce dossier doit être retourné à AGRI PREVOYANCE dûment complété et accompagné des pièces justificatives nécessaires au règlement de l'indemnité, et dont la liste est donnée dans ledit dossier, notamment :

- l'acte de décès ;
- la facture acquittée du montant des frais d'obsèques ;
- un relevé d'identité bancaire ;
- selon le statut du défunt, un justificatif de vie commune de plus de 2 ans ou attestant les liens du PACS délivré par le greffe du tribunal d'instance, un certificat de scolarité, une attestation de chômeur non indemnisé, une photocopie de la carte d'invalidité.

## TITRE 9

### DÉFINITIONS GARANTIES DE PRÉVOYANCE

#### 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 la personne avec laquelle vous êtes marié . Toutefois, pour le bénéfice des prestations, la personne séparée de corps n'est plus considérée comme votre conjoint.

#### COCONTRACTANT D'UN PACS

Par « cocontractant d'un PACS », il faut entendre la personne avec laquelle vous avez conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS).

#### CONCUBIN

Par « concubin », il faut entendre la personne vivant avec vous en concubinage 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 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 votre union.

#### DELAI DE FRANCHISE

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

#### ENFANTS A CHARGE

Par « enfant », 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<sup>ème</sup> anniversaire.

On entend par personne à charge, outre les enfants à charge tels que définis ci-dessus et à l'exception du conjoint, la personne sans activité reconnue à votre charge par l'administration fiscale pour le calcul du quotient familial.

#### 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 GARANTIE DECES**

Par salaire annuel de base, il faut entendre votre salaire annuel brut qui est déterminé à partir des éléments de rémunération retenus pour le calcul des cotisations, 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 votre employeur, 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 votre décès.

***Salaire reconstitué :***

Par salaire reconstitué, il faut entendre le salaire annuel brut que vous auriez perçu si vous n'aviez pas interrompu ou réduit votre activité (que les salaires aient été versés ou non).

Il est également fait application d'un salaire reconstitué si vous ne justifiez pas d'une condition d'ancienneté suffisante, c'est-à-dire si vous ne comptez pas au moins quatre trimestres civils d'activité.

## TITRE 10

### DÉFINITIONS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ



#### ARTICLE 10.1

#### Définitions des ayants droit intervenant au contrat

##### AYANTS DROIT

Sont considérés comme ayants droit au sens dudit contrat :

- votre conjoint, personne mariée avec vous et non sparée de corps ou non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée.

##### Sont assimilés au conjoint :

- **le cocontractant d'un PACS**, est assimilé au conjoint, la personne qui a conclu avec vous un Pacte Civil de Solidarité conformément aux dispositions de l'article 515-1 et suivant du Code civil ;
- **le concubin**, personne avec laquelle vous vivez en concubinage selon les dispositions de l'article 515-8 du Code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations, sous réserve que vous soyez l'un et l'autre libres au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de PACS. Toutefois, la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'un enfant est né de l'union ou a été adopté. La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun.

##### ■ vos enfants

Par « enfant », il faut entendre :

- vos enfants dont votre filiation est légalement établie, y compris adoptive ;

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

Sont considérés comme « enfants à charge » :

- tous les enfants âgés de moins de 16 ans ;
- être 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<sup>ème</sup> anniversaire.

##### CHANGEMENT DE SITUATION FAMILIALE

Sont considérés comme constituant un changement de situation familiale, les événements suivants :

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

En cas d'adoption, de séparation de corps ou de divorce, la date de l'événement 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 10.2

### Définitions des termes propres au contrat

#### 100% SANTE

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

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

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

#### AIDES AUDITIVES

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

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

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

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

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

**Synonymes** : audioprothèses, prothèses auditives, appareils auditifs

#### BASE DE REMBOURSEMENT

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

On distingue :

- Le Tarif de convention (TC) est le tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professionnels de santé conventionnés.

- Le Tarif d'Autorité (TA) est le tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement lorsque le professionnel de santé n'est pas conventionné. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Le Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

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

#### CONTRAT RESPONSABLE

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

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

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

#### CONTRAT SOLIDAIRE

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

#### CONVENTIONNE/NON CONVENTIONNE

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

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

#### DEPASSEMENT D'HONORAIRES

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

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

#### FORFAIT ACTES LOURDS

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

#### FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

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

d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

### FRAIS DE SEJOUR

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

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

### FRAIS REELS

Terme qui désigne :

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

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

### HONORAIRE LIMITE DE FACTURATION

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

### HONORAIRES PARAMEDICAUX

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

### HOSPITALISATION

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

### MATERIEL MEDICAL

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

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

### MATERNITE

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

### OPTAM/OPTAM-CO (OPTIONS PRATIQUES TARIFAIRES MAÎTRISÉES)

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

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

### OPTIQUE

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

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

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

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

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

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

### PLAFOND MENSUEL DE LA SECURITE SOCIALE (PMSS)

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

### PRIX LIMITE DE VENTE

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

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

### PROTHESES DENTAIRES

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

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

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

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

#### **TELECONSULTATION**

Acte de 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 11

### TABLEAU DES GARANTIES DE PREVOYANCE

Vous bénéficiez des garanties prévoyance prévues dans le tableau figurant ci-après :

## GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Événement	Conditions requises	Prestation versée	À compter du	Cessation de la prestation
<ul style="list-style-type: none"> <li>En cas d'arrêt de travail suite à un accident du travail, de trajet ou à une maladie professionnelle</li> </ul>	Sans conditions ancienneté.	Indemnité journalière (y compris I. J. MSA) : <ul style="list-style-type: none"> <li>100 % du salaire net pendant 90 jours ;</li> <li>puis 80 % du salaire net.</li> </ul>	1 <sup>er</sup> jour d'arrêt de travail.	Tant que le régime de base intervient
<ul style="list-style-type: none"> <li>En cas d'arrêt de travail suite à une maladie ou à un accident de la vie privée</li> </ul>	Sous réserve de 12 mois d'ancienneté, continue ou non, dans l'entreprise.	Indemnité journalière (y compris I. J. MSA) : <ul style="list-style-type: none"> <li>100 % du salaire net pendant 90 jours ;</li> <li>puis 80 % du salaire net.</li> </ul>	8 <sup>e</sup> jour d'arrêt de travail.	

## GARANTIE INCAPACITÉ PERMANENTE

Événement	Conditions requises	Prestation versée	À compter du	Cessation de la prestation
<ul style="list-style-type: none"> <li>En cas d'incapacité permanente non professionnelle de cat. 2 ou 3 (à l'exception de la cat. 1)</li> </ul>	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 + <b>pension complémentaire</b> ).	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).
<ul style="list-style-type: none"> <li>En cas d'incapacité permanente professionnelle pour un taux d'incapacité au moins égal à 66,66 %</li> </ul>		Indemnisation globale égale à 80 % du salaire net (rente du régime de base + <b>pension complémentaire</b> ).	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
<ul style="list-style-type: none"> <li>En cas de décès du salarié</li> </ul>	Aucune ancienneté.	<p><b>Capital de base</b> égal à 120 % du salaire annuel brut.</p> <p><b>Majoration enfant à charge</b> de 25 % du salaire annuel brut par enfant à charge.</p>	<p>Dès réception de toutes les pièces justificatives.</p> <p>Si enfant(s) à charge au jour du décès du salarié (dès réception de toutes les pièces justificatives).</p>	Prestation à versement unique.
	Ancienneté de 12 mois, continus ou non, dans l'entreprise au jour du décès du salarié.	<p><b>Rente éducation</b> annuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3 % du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS) pour un enfant de 0 à 10 ans ;</li> <li>4,5 % du PASS pour un enfant de 11 à 17 ans ;</li> <li>6 % du PASS pour un enfant de 18 ans à 26 ans (si poursuite d'études).</li> </ul>	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.
<ul style="list-style-type: none"> <li>En cas d'invalidité absolue et définitive du salarié</li> </ul>	Aucune ancienneté.	Versement anticipé du <b>capital de base</b> (en une seule fois).	En cas d'invalidité absolue et définitive du salarié (dès réception de toutes les pièces justificatives).	
<p>En cas de décès :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>du salarié ;</li> <li>du conjoint non séparé de corps ou du cocontractant de PACS ;</li> <li>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) ;</li> <li>d'un enfant à charge.</li> </ul>	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.	<p><b>Indemnité frais d'obsèques</b> égale au montant des frais réellement engagés et limitée à 100 % du PMSS au moment du décès.</p>	Dès réception de toutes les pièces justificatives.	Prestation à versement unique.

## TITRE 12

### TABLEAU DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

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

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

Il répond également aux exigences de prise en charge mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré et médicaments homéopathiques), du forfait 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)
<b>SOINS COURANTS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Honoraires médicaux</b> (généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, ophtalmologues y compris téléconsultation)</li> </ul>	70 % BR	30 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassement d'honoraires médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	-	100 % BR	100 % BR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Honoraires paramédicaux</b></li> </ul>	60 % BR	40 % BR	100 % BR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Analyses et examens de laboratoire</b></li> </ul>	60 % à 100 % BR	40 % à 0 % BR	100 % BR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Radiographie</b></li> </ul>	70 % BR	30 % BR	100 % BR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Médicaments</b></li> </ul>	15 % à 65 % BR	85 % BR à 35 %	100 % BR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Matériel médical</b></li> </ul>			
- 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
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Actes de prévention<sup>(2)</sup></b></li> </ul>	35 % à 70 % BR	de 65 % BR à 30 % BR	100 % BR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Honoraires de médecine douce reconnus par le Ministère de la Santé</b> (chiropractie, ostéopathie)</li> </ul>	-	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire
<b>OPTIQUE</b>			
Équipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans <sup>(3)</sup>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Équipements 100 % Santé (Classe A)<sup>(4)</sup></b></li> </ul>			
- 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
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Autres équipements (Classe B)</b></li> </ul>			
- Monture	60 % BR	100 € - 60 % BR	100 €
- Verres unifocaux simples <sup>(5)</sup>	60% BR	90 €/verre - 60 % BR	90 €/verre
- Verres unifocaux complexes <sup>(5)</sup>	60% BR	130 €/verre - 60 % BR	130 €/verre
- Verres multifocaux ou progressifs complexes <sup>(5)</sup>	60% BR	135 €/verre - 60 % BR	135 €/verre
- Verres multifocaux ou progressifs très complexes <sup>(5)</sup>	60% BR	150 €/verre - 60 % BR	150 €/verre
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Prestation d'adaptation de la correction à la vue et supplément pour verre avec filtre<sup>(4)</sup></b></li> </ul>	60% BR	Frais réels - 60 % BR	Frais réels
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Lentilles remboursées par le régime de base</b></li> </ul>	60 % BR	40 % BR +135 €/an	100 % BR + 135 €/an
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Lentilles non remboursées par le régime de base</b></li> </ul>	-	Crédit de 175 €/an/bénéficiaire	Crédit de 175 €/an/bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base</b></li> </ul>	-	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiaire	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiaire
<b>DENTAIRE</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Soins et prothèses 100 % Santé<sup>(4)</sup></b></li> </ul>	70% BR	Frais réels - 70 % BR	Frais réels
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Soins</b> (hors 100 % Santé)</li> </ul>	70 % BR	100 % BR	170 % BR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Inlay Onlay</b> (hors 100 % Santé)<sup>(4)</sup></li> </ul>	70% BR	200 % BR	270 % BR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Prothèses</b> (hors 100 % Santé)</li> </ul>			
- Prothèses dentaires remboursées par le régime de base hors inlay core <sup>(6)</sup>	70% BR	250 % BR	320 % BR
- Inlay core <sup>(6)</sup>	70% BR	180 % BR	250 % BR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base</b> (hors inlays core)</li> </ul>	-	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Parodontologie non remboursée par le régime de base</b></li> </ul>	-	Crédit de 100 €/an/bénéficiaire	Crédit de 100 €/an/bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Orthodontie prise en charge par le régime de base</b></li> </ul>	70 % BR ou 100 % BR	230 % BR	300 % BR ou 330 % BR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Orthodontie non prise en charge par le régime de base</b></li> </ul>	-	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire
<b>AIDES AUDITIVES</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Équipements 100 % Santé (Classe I)<sup>(4) (7)</sup></b></li> </ul>	60% BR	Frais réels - 60 % BR	Frais réels
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aides auditives</b> hors 100 % Santé (Classe II)<sup>(7)</sup> jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité</li> </ul>	60 % BR	1 700€ - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans	1 700 €/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aides auditives</b> hors 100 % Santé (Classe II)<sup>(7)</sup> à partir de 21 ans</li> </ul>	60 % BR	1 700€ - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans	1 700 €/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Piles et accessoires</b></li> </ul>	60 % BR	40 % BR	100 % BR

Nature des risques	Remboursements du régime de base	Remboursements complémentaires	Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)
<b>HOSPITALISATION</b>			
• <b>Frais de séjour</b>	80 % BR	20 % BR	100 % BR
• <b>Honoraires</b>	80 % BR	20 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	-	100 % BR	100 % BR
• <b>Participation du patient<sup>(8)</sup></b>	-	Frais réels	Frais réels
• <b>Chambre particulière</b> (y compris ambulatoire)	-	50 €/jour	50 €/jour
• <b>Frais d'accompagnant</b>	-	25 €/jour	25 €/jour
• <b>Forfait journalier hospitalier</b>	-	Frais réels	Frais réels
• <b>Forfait patient urgences<sup>(10)</sup></b>	-	Frais réels	Frais réels
<b>MATERNITÉ</b>			
• <b>Frais de séjour</b>	100 % BR	-	100 % BR
• <b>Honoraires</b>	100 % BR	-	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	-	100 % BR	100 % BR
• <b>Prime de naissance : maternité ou adoption<sup>(9)</sup></b>	-	250 € par enfant (350 € à partir du 3 <sup>ème</sup> )	250 € par enfant (350 € à partir du 3 <sup>ème</sup> )
• <b>Forfait journalier hospitalier</b>	-	Frais réels	Frais réels
• <b>Forfait patient urgences<sup>(10)</sup></b>	-	Frais réels	Frais réels
<b>PSYCHIATRIE</b>			
• <b>Frais de séjour</b>	80 % BR	20 % BR	100 % BR
• <b>Honoraires</b>	80 % BR	20 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	-	100 % BR	100 % BR
• <b>Forfait journalier hospitalier</b>	-	Frais réels	Frais réels
• <b>Forfait patient urgences<sup>(10)</sup></b>	-	Frais réels	Frais réels
<b>DIVERS</b>			
• <b>Transport pris en charge par le régime de base</b>	65 % BR	35 % BR	100 % BR
• <b>Pharmacie prescrite et non remboursée par le régime de base : médicaments, pilules contraceptives et substituts nicotiques</b>	-	100€/an/bénéficiaire	100€/an/bénéficiaire
• <b>Vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base</b>	-	Crédit 40 €/an/bénéficiaire	Crédit 40 €/an/bénéficiaire
• <b>Assistance</b>	-	OUI	OUI
• <b>Réseau de soins</b>	-	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)
<b>SOINS COURANTS</b>			
• <b>Honoraires médicaux</b> (généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, ophtalmologues y compris téléconsultation)	90 % BR	10 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassement d'honoraires médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	-	100 % BR	100 % BR
• <b>Honoraires paramédicaux</b>	90 % BR	10 % BR	100 % BR
• <b>Analyses et examens de laboratoire</b>	90 % à 100 % BR	10 % à 0 % BR	100 % BR
• <b>Radiographie</b>	90 % BR	10 % BR	100 % BR
• <b>Médicaments</b>	15 % à 90 % BR	85 % BR à 10 % BR	100 % BR
• <b>Matériel médical</b>			
- 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
• <b>Actes de prévention<sup>(2)</sup></b>	35% à 90 % BR	de 65 % BR à 10 % BR	100 % BR
• <b>Honoraires de médecine douce reconnus par le Ministère de la Santé</b> (chiropractie, ostéopathie)	-	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire
<b>OPTIQUE</b>			
Équipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans <sup>(3)</sup>			
• <b>Équipements 100 % Santé (Classe A)<sup>(4)</sup></b>			
- 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
• <b>Autres équipements (Classe B)</b>			
- Monture	90 % BR	100 € - 90 % BR	100 €
- Verres unifocaux simples <sup>(5)</sup>	90% BR	90 €/verre - 90 % BR	90 €/verre
- Verres unifocaux complexes <sup>(5)</sup>	90% BR	130 €/verre - 90 % BR	130 €/verre
- Verres multifocaux ou progressifs complexes <sup>(5)</sup>	90% BR	135 €/verre - 90 % BR	135 €/verre
- Verres multifocaux ou progressifs très complexes <sup>(5)</sup>	90% BR	150 €/verre - 90 % BR	150 €/verre
• <b>Prestation d'adaptation de la correction à la vue et supplément pour verre avec filtre<sup>(4)</sup></b>	90% BR	Frais réels - 90 % BR	Frais réels
• <b>Lentilles remboursées par le régime de base</b>	90 % BR	10 % +135 €/an	100 % BR + 135 €/an
• <b>Lentilles non remboursées par le régime de base</b>	-	Crédit de 175 €/an/bénéficiaire	Crédit de 175 €/an/bénéficiaire
• <b>Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base</b>	-	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiaire	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiaire
<b>DENTAIRE</b>			
• <b>Soins et prothèses 100 % Santé<sup>(4)</sup></b>	90% BR	Frais réels - 90 % BR	Frais réels
• <b>Soins</b> (hors 100 % Santé)	90 % BR	80 % BR	170 % BR
• <b>Inlay Onlay</b> (hors 100 % Santé) <sup>(6)</sup>	90% BR	180 % BR	270 % BR
• <b>Prothèses</b> (hors 100 % Santé)			
- Prothèses dentaires remboursées par le régime de base hors inlay core <sup>(6)</sup>	90% BR	230 % BR	320 % BR
- Inlay core <sup>(6)</sup>	90% BR	160 % BR	250 % BR
• <b>Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base</b> (hors inlays core)	-	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire
• <b>Parodontologie non remboursée par le régime de base</b>	-	Crédit de 100 €/an/bénéficiaire	Crédit de 100 €/an/bénéficiaire
• <b>Orthodontie prise en charge par le régime de base</b>	90 % BR ou 100 % BR	230 % BR	320 % BR ou 330 % BR
• <b>Orthodontie non prise en charge par le régime de base</b>	-	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire
<b>AIDES AUDITIVES</b>			
• <b>Équipements 100 % Santé (Classe I)<sup>(4) (7)</sup></b>	90% BR	Frais réels - 90 % BR	Frais réels
• <b>Aides auditives hors 100 % Santé (Classe II)<sup>(7)</sup> jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité</b>	90 % BR	1700 € - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans	1 700 €/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans
• <b>Aides auditives hors 100 % Santé (Classe II)<sup>(7)</sup> à partir de 21 ans</b>	90 % BR	1700 € - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans	1 700 €/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans
• <b>Piles et accessoires</b>	90 % BR	10 % BR	100 % BR

Nature des risques	Remboursements du régime de base	Remboursements complémentaires	Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)
<b>HOSPITALISATION</b>			
• Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
• Honoraires	100 % BR	-	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	-	100 % BR	100 % BR
• Participation du patient <sup>(8)</sup>	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 <sup>(10)</sup>	100 % FR	-	Frais réels
<b>MATERNITÉ</b>			
• Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
• Honoraires	100 % BR	-	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	-	100 % BR	100 % BR
• Prime de naissance : maternité ou adoption <sup>(9)</sup>	-	250 € par enfant (350 € à partir du 3 <sup>ème</sup> )	250 € par enfant (350 € à partir du 3 <sup>ème</sup> )
• Forfait journalier hospitalier	100 % FR	-	Frais réels
• Forfait patient urgences <sup>(10)</sup>	100 % FR	-	Frais réels
<b>PSYCHIATRIE</b>			
• Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
• Honoraires	100 % BR	-	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	-	100 % BR	100 % BR
• Forfait journalier hospitalier	100 % FR	-	Frais réels
• Forfait patient urgences <sup>(10)</sup>	100 % FR	-	Frais réels
<b>DIVERS</b>			
• 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 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 de la Sécurité sociale.

## TITRE 13

### GARANTIE ASSISTANCE



#### ARTICLE 13.1

### Dispositions générales de la garantie assistance

#### 13.1.1 Objet de l'assistance

La garantie assistance, assurée par MUTUAIDE ASSISTANCE (entreprise régie par le Code des assurances située au 8-14, avenue des Frères Lumières 94368 Bry sur Marne cedex) 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.

#### 13.1.2 Bénéficiaires de l'assistance

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

#### 13.1.3 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

#### 13.1.4 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.

### ▼ 13.1.5 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.**

### ▼ 13.1.6 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.

### 13.1.7 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.

### 13.1.8 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<sup>e</sup> 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.

### 13.1.9 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](mailto: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 - CS20010
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

### 13.1.10 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 13.2

### Descriptif des prestations d'assistance

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

#### 13.2.1 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.

## 13.2.2 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.**

## 13.2.3 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.**

### ▼ 13.2.4 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 (comprenant 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 ».

### ▼ 13.2.5 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 14

### 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 15

### 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.

#### ▼ 15.1 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.

## ▼ 15.2 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 [groupagrico.com](http://groupagrico.com) : ils bénéficieront du service de localisation de l'opticien partenaire le plus proche de chez eux.

## ▼ 15.3 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](http://www.groupagric.com)