



INDIVIDUEL

**CONDITIONS GÉNÉRALES
VALANT NOTICE
D'INFORMATION
CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES
ENTREPRISES DU PAYSAGE
OUVRIERS ET EMPLOYÉS**



**AGRICA
PRÉVOYANCE**

Proches par nature, engagés à vos côtés

SOMMAIRE



TITRE 1	PRÉAMBULE	4
TITRE 2	DISPOSITIONS GÉNÉRALES	5
ARTICLE 2.1	Objet du contrat	5
ARTICLE 2.2	Organismes assureurs	5
ARTICLE 2.3	Délégation de gestion	5
ARTICLE 2.4	Réseau de soins	5
ARTICLE 2.5	Souscripteur	5
ARTICLE 2.6	Modalités de souscription	6
ARTICLE 2.7	Durée du contrat	6
ARTICLE 2.8	Révision des garanties ou des cotisations	6
TITRE 3	COTISATIONS	8
ARTICLE 3.1	Montant de la cotisation	8
ARTICLE 3.2	Modalités de paiement de la cotisation	8
ARTICLE 3.3	Sanction en cas de non-paiement de la cotisation	8
TITRE 4	VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	10
ARTICLE 4.1	Bénéficiaires des garanties	10
ARTICLE 4.2	Entrée en vigueur des garanties	10
ARTICLE 4.3	Montant des garanties	10
ARTICLE 4.4	Règlement des prestations	11
ARTICLE 4.5	Contrôle des prestations	12

ARTICLE 4.6	Etendue territoriale des garanties	12
ARTICLE 4.7	Limites et exclusions de garanties	12
ARTICLE 4.8	Recours contre tiers responsable	12
ARTICLE 4.9	Cessation des garanties	12
TITRE 5	DISPOSITIONS DIVERSES	13
ARTICLE 5.1	Prescription	13
ARTICLE 5.2	Fausse déclaration	14
ARTICLE 5.3	Protection des données à caractère personnel	14
ARTICLE 5.4	Réclamations - Médiation	14
ARTICLE 5.5	Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	15
TITRE 6	DÉFINITIONS	16
TITRE 7	TABLEAU DES GARANTIES	20
TITRE 8	GARANTIE ASSISTANCE	26
ARTICLE 8.1	Dispositions générales de la garantie assistance	26
ARTICLE 8.2	Descriptif des prestations d'assistance	30
TITRE 9	TABLEAU DES PRESTATIONS ASSISTANCE	34
TITRE 10	RÉSEAU DE SOINS	36

TITRE 1

PRÉAMBULE

Le contrat individuel complémentaire santé organise dans les conditions définies par l'article 4 de la Loi Evin (n° 89-1009 du 31 décembre 1989) le maintien des garanties collectives frais de santé des anciens salariés ayant relevé de l'accord national et de l'avenant n°25 à la Convention Collective Nationale signés en date du 8 juillet 2019 .

Les personnes pouvant souscrire au contrat sont définies par l'article « souscripteur » des présentes Conditions générales valant notice d'information.

Le contrat santé loi Evin se compose :

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

Dans ce contrat, nous utilisons régulièrement les termes suivants :

- le souscripteur est la personne qui conclut le contrat généralement désigné par le vocable « vous »;
- les bénéficiaires désignent le souscripteur et le cas échéant, les ayants droit tels que définis aux présentes conditions générales ;
- « l'Institution » est l'Institution de prévoyance qui assure la garantie frais de santé.

TITRE 2

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 2.1 Objet du contrat

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

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

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

ARTICLE 2.2 Organismes assureurs

Les garanties santé du présent contrat sont assurées par :

- **AGRI PREVOYANCE**, Institution de prévoyance, régie par le Code rural et de la pêche maritime, sise 21 rue de la Bienfaisance - 75382 Paris Cedex 08, dénommée ci-après "l'Institution".

La garantie assistance est assurée par :

Mutuaide Assistance, Société d'Assurance régie par le Code des Assurances, 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.

ARTICLE 2.3 Délégation de gestion

La gestion

- des affiliations,
- de l'appel des cotisations,
- du paiement des prestations santé,

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

Pour les anciens salariés des départements et régions d'outremer (DROM), 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 Réseau de soins

Les salariés couverts ainsi que leurs éventuels ayants droit bénéficient des services du réseau de soins proposés par Carte Blanche Partenaires, 26 rue Laffitte - 75009 Paris.

ARTICLE 2.5 Souscripteur

Peuvent souscrire le présent contrat dans la mesure où ils bénéficiaient des garanties collectives frais de santé, sans condition d'âge ni questionnaire ou examen médical :

- **l'ancien salarié**, pour lui-même et le cas échéant ses ayants droit, en cas de rupture de son contrat de travail, ou dans la mesure où il bénéficie :

- d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- d'une pension de retraite ;
- d'un revenu de remplacement s'il est privé d'emploi.

- **les ayants droit** :

- du salarié en cas de décès de ce dernier durant sa période d'activité ;
- ou du souscripteur au présent contrat, en cas de décès de ce dernier.

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

ARTICLE 2.6 Modalités de souscription

Souscripteur

Votre demande de souscription doit intervenir :

- dans les 6 mois qui suivent la rupture de votre contrat de travail si vous avez bénéficié, en tant que salarié, du contrat collectif frais de santé ;

ou

- dans les 6 mois qui suivent l'expiration de la période durant laquelle vous avez bénéficié de la portabilité des droits frais de santé ;

ou

- dans les 6 mois qui suivent votre décès pour vos ayants droit ayant bénéficié du contrat collectif frais de santé.

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

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

ARTICLE 2.7 Durée du contrat

Prise d'effet de la souscription

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

Toutefois, en cas de demande d'extension de garanties aux ayants droit postérieure à la souscription du présent contrat dans les conditions prévues à l'article « Modalités de souscription » susvisé, celle-ci prend effet le premier jour du mois qui suit la réception par l'Institution ou le délégataire de

gestion, le cas échéant, d'un nouveau bulletin de souscription dûment rempli et signé par vous-même, accompagné de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires.

Durée

Le contrat individuel complémentaire santé prend fin le 31 décembre de chaque année civile.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année civile.

Renonciation au contrat

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

Pour exercer ce droit, vous devez adresser à l'Institution ou au délégataire de gestion, le cas échéant, une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec accusé de réception, rédigée comme suit :

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

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

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

Résiliation du contrat

Vous avez la possibilité de résilier annuellement votre contrat individuel complémentaire santé. Pour cela, vous devez adresser votre demande par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec accusé de réception à l'Institution ou au délégataire de gestion, le cas échéant, au moins deux mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre de chaque année. La résiliation prend alors effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

La résiliation du contrat collectif des actifs peut emporter la résiliation du présent contrat en cas de changement d'organisme assureur.

ARTICLE 2.8 Révision des garanties ou des cotisations

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

En cas de changement de la législation ou de la réglementation suscitée, l'Institution se réserve le droit de modifier les cotisations et/ou les garanties du présent contrat.

Ainsi, au vu des résultats constatés et afin de maintenir l'équilibre technique du contrat, le taux de cotisations sera réajusté selon le ratio « Sinistres sur Primes » (S/P) ainsi qu'éventuellement les garanties.

S'agissant des cotisations, toute révision s'effectue dans les conditions prévues à l'article « Montant de la cotisation ».

TITRE 3

COTISATIONS



ARTICLE 3.1

Montant de la cotisation

La garantie du présent contrat vous est accordée, ainsi que, le cas échéant à vos bénéficiaires, moyennant une cotisation annuelle, exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) et fixée selon les conditions prévues par la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Loi EVIN ».

La cotisation est de type **Uniforme**.

Votre cotisation est composée d'une cotisation **unique** obligatoire vous couvrant ainsi que l'ensemble de vos ayants droit quelle que soit votre composition familiale.

En tout état de cause, **le montant de la cotisation principale** est fixée dans les conditions prévues par la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin » et ses décrets d'application. En l'état actuel de la réglementation, elle est plafonnée dans les conditions suivantes :

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

Au-delà de la troisième année, elle peut être révisée dans les conditions prévues à l'article « Révisions des garanties ou de cotisations » du présent contrat.

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

L'Institution ne peut ultérieurement augmenter le tarif des garanties en se fondant sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré.

Toute participation, contribution, taxe ou majoration de taxe établie postérieurement à la date d'effet du présent contrat, et dont la récupération ne serait pas interdite, sera mise à la charge du souscripteur et payable en même temps que la cotisation.



ARTICLE 3.2

Modalités de paiement de la cotisation

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

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

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



ARTICLE 3.3

Sanction en cas de non-paiement de la cotisation

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

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

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

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

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

TITRE 4

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 4.1

Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires de la garantie frais de santé sont :

- vous-même, en tant que souscripteur ;
- un ou plusieurs de vos ayants droit tels que définis aux présentes conditions générales.

ARTICLE 4.2

Entrée en vigueur des garanties

Souscripteur

Les garanties entrent en vigueur à l'égard du souscripteur, immédiatement, dès la date de prise d'effet de la souscription au contrat dans les conditions prévues à l'article « Prise d'effet de la souscription ».

Ayants droit

Les garanties entrent en vigueur à l'égard de vos ayants droit :

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

ARTICLE 4.3

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 du présent contrat.

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

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

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

- L'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par le régime de base. Cette prise en charge n'est pas obligatoire pour les frais de cure thermique, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie. Néanmoins, elle peut être prévue au tableau de garanties ;
- L'intégralité du forfait patient urgences (FPU) ;
- La participation forfaitaire pour les actes mentionnés au I de l'article L.160-16 du Code de la Sécurité sociale (forfait « actes lourds ») ;

- L'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale, sans limitation de durée, facturé uniquement par les établissements de santé et non par les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées, les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes ...) ;
- L'intégralité des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité pour les équipements du panier de soins 100% santé :
- En optique, à hauteur des prix limites de vente (PLV) des montures et des verres de classe A fixés par la liste des produits et prestations (LPP) ainsi que la prestation d'appairage et le supplément pour les verres avec filtre afférents à hauteur du PLV.
- En audiologie, à hauteur des PLV des aides auditives de classe I fixés par la LPP ;
- Pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté à hauteur des Honoraires Limites de Facturation (HLF) fixés par la convention nationale dentaire du 21 juin 2018.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 4.4

Règlement des prestations

Les prestations frais de santé afférentes au présent contrat sont réglées par l'Institution 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 conditionné à l'acceptation de ce dernier. Pour justifier du tiers payant, l'Institution ou le délégataire de gestion, le cas échéant, vous délivre une carte complémentaire (sous forme papier) qui devra lui être(e) lorsque vous cessez de bénéficier dudit contrat.

ARTICLE 4.5

Contrôle des prestations

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

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

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

ARTICLE 4.6

Etendue territoriale des garanties

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

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

ARTICLE 4.7

Limites et exclusions de garanties

De manière générale, ne sont pas pris en charge :

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

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

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

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

ARTICLE 4.8

Recours contre tiers responsable

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

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

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

ARTICLE 4.9

Cessation des garanties

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

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

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

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

TITRE 5

DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 5.1 Prescription

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

- par deux ans en ce qui concerne l'appel de cotisations ;
- par deux ans en ce qui concerne la garantie frais de santé.

Toutefois ce délai ne court :

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

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre 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 5.2 Fausse déclaration

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

L'Institution ou le délégataire de gestion, le cas échéant, peut opérer une vérification des données ainsi communiquées.

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

Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

ARTICLE 5.3 Protection des données à caractère personnel

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

Les données que l'Institution traite sont indispensables à la mise en oeuvre du présent contrat. Le fondement légal justifiant le traitement de vos données est soit, l'exécution du contrat auquel vous êtes partie soit l'exécution de mesures précontractuelles prises à votre demande soit, le respect d'une obligation conventionnelle ou réglementaire.

Sont traitées les catégories de données suivantes :

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

Ces données sont traitées pour les finalités suivantes :

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

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 oeuvre.

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

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

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

ARTICLE 5.4 Réclamations - Médiation

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

- soit par courrier à AGRI PREVOYANCE - Service Réclamations, sise 21 rue de la Bienfaisance - 75382 Paris Cedex 08 ;
- soit par courriel sur le site Internet du Groupe AGRICA, www.groupagric.com, en cliquant sur la rubrique : « Contactez-nous » puis en sélectionnant le motif « Réclamation » dans la partie « Sujet de votre demande ».

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

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

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

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

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



ARTICLE 5.5

Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

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

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

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

TITRE 6

DÉFINITIONS

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

6.1 Définition des intervenants 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 nés ou à naître 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 » :

- vos enfants âgés de moins de 16 ans quelle que soit leur situation;
- vos enfants âgé de moins de 20 ans et sous contrat d'apprentissage;
- vos enfants âgés de moins de 26 ans s'ils sont étudiants;
- vos enfants, quel que soit leur âge, atteints d'un handicap tel qu'ils ne peuvent exercer aucune activité professionnelle rémunérée, à condition qu'ils soient titulaires d'une carte d'invalidité et que leur état d'invalidité ait été constaté avant leur 21^{ème} anniversaire.

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'événement 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.

6.2 Définitions des termes propres au contrat

100% SANTE

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

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

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

AIDES AUDITIVES

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

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

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

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

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

Synonymes : audioprothèses, prothèses auditives, appareils auditifs

BASE DE REMBOURSEMENT

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

On distingue :

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

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

CONTRAT RESPONSABLE

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

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

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

CONTRAT SOLIDAIRE

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

CONVENTIONNE/NON CONVENTIONNE

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

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

DEPASSEMENT D'HONORAIRES

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

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

FORFAIT ACTES LOURDS

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

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

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

FRAIS DE SEJOUR

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

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

FRAIS REELS

Terme qui désigne :

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

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

HONORAIRE LIMITE DE FACTURATION

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

HONORAIRES PARAMEDICAUX

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

HOSPITALISATION

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

MATERIEL MEDICAL

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

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

MATERNITE

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

OPTAM/OPTAM-CO (OPTIONS PRATIQUES TARIFAIRES MAÎTRISÉES)

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

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

OPTIQUE

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

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

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

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

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

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

PLAFOND MENSUEL DE LA SECURITE SOCIALE (PMSS)

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

PRIX LIMITE DE VENTE

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

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

PROTHESES DENTAIRES

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

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

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

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

TELECONSULTATION

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

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

TICKET MODÉRATEUR

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 7

TABLEAU DES GARANTIES

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

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

Il répond également aux exigences de prise en charge mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré et médicaments homéopathiques), du forfait 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.

TABLEAU DES PRESTATIONS SANTÉ HORS ALSACE-MOSELLE, EN VIGUEUR À COMPTER DU 1^{er} JANVIER 2022

Nature des risques	Remboursements du régime de base	Remboursements complémentaires	Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)
SOINS COURANTS			
<ul style="list-style-type: none"> ● Honoraires médicaux (généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, ophtalmologues y compris téléconsultation) 	70 % BR	30 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassement d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
<ul style="list-style-type: none"> ● Honoraires paramédicaux 	60 % BR	40 % BR	100 % BR
<ul style="list-style-type: none"> ● Analyses et examens de laboratoire 	60 % à 100 % BR	40 % à 0 % BR	100 % BR
<ul style="list-style-type: none"> ● Radiographie 	70 % BR	30 % BR	100 % BR
<ul style="list-style-type: none"> ● Médicaments 	15 % à 65 % BR	85 % BR à 35 %	100 % BR
<ul style="list-style-type: none"> ● Matériel médical 			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	100 % FR - 60 % BR	100 % FR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses	60 % BR à 100 % BR	240 % BR	300 % BR à 340 % BR
<ul style="list-style-type: none"> ● Actes de prévention⁽²⁾ 	35 % à 70 % BR	de 65 % BR à 30 % BR	100 % BR
<ul style="list-style-type: none"> ● Honoraires de médecine douce reconnus par le Ministère de la Santé (chiropractie, ostéopathie) 	-	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire
OPTIQUE			
Équipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽³⁾			
<ul style="list-style-type: none"> ● Équipements 100 % Santé (Classe A)⁽⁴⁾ 			
- Monture	60 % BR	Frais réels - 60 % BR	Frais réels
- Verres	60 % BR	Frais réels - 60 % BR	Frais réels
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100 % Santé	60 % BR	Frais réels - 60 % BR	Frais réels
<ul style="list-style-type: none"> ● Autres équipements (Classe B) 			
- Monture	60 % BR	100 € - 60 % BR	100 €
- Verres unifocaux simples ⁽⁵⁾	60% BR	90 €/verre - 60 % BR	90 €/verre
- Verres unifocaux complexes ⁽⁵⁾	60% BR	130 €/verre - 60 % BR	130 €/verre
- Verres multifocaux ou progressifs complexes ⁽⁵⁾	60% BR	135 €/verre - 60 % BR	135 €/verre
- Verres multifocaux ou progressifs très complexes ⁽⁵⁾	60% BR	150 €/verre - 60 % BR	150 €/verre
<ul style="list-style-type: none"> ● Prestation d'adaptation de la correction à la vue et supplément pour verre avec filtre⁽⁴⁾ 	60% BR	Frais réels - 60 % BR	Frais réels
<ul style="list-style-type: none"> ● Lentilles remboursées par le régime de base 	60 % BR	40 % BR +135 €/an	100 % BR + 135 €/an
<ul style="list-style-type: none"> ● Lentilles non remboursées par le régime de base 	-	Crédit de 175 €/an/bénéficiaire	Crédit de 175 €/an/bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> ● Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base 	-	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiaire	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiaire
DENTAIRE			
<ul style="list-style-type: none"> ● Soins et prothèses 100 % Santé⁽⁴⁾ 	70% BR	Frais réels - 70 % BR	Frais réels
<ul style="list-style-type: none"> ● Soins (hors 100 % Santé) 	70 % BR	100 % BR	170 % BR
<ul style="list-style-type: none"> ● Inlay Onlay (hors 100 % Santé)⁽⁴⁾ 	70% BR	200 % BR	270 % BR
<ul style="list-style-type: none"> ● Prothèses (hors 100 % Santé) 			
- Prothèses dentaires remboursées par le régime de base hors inlay core ⁽⁶⁾	70% BR	250 % BR	320 % BR
- Inlay core ⁽⁶⁾	70% BR	180 % BR	250 % BR
<ul style="list-style-type: none"> ● Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base (hors inlays core) 	-	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> ● Parodontologie non remboursée par le régime de base 	-	Crédit de 100 €/an/bénéficiaire	Crédit de 100 €/an/bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> ● Orthodontie prise en charge par le régime de base 	70 % BR ou 100 % BR	230 % BR	300 % BR ou 330 % BR
<ul style="list-style-type: none"> ● Orthodontie non prise en charge par le régime de base 	-	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES			
<ul style="list-style-type: none"> ● Équipements 100 % Santé (Classe I)^{(4) (7)} 	60% BR	Frais réels - 60 % BR	Frais réels
<ul style="list-style-type: none"> ● Aides auditives hors 100 % Santé (Classe II)⁽⁷⁾ jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité 	60 % BR	1 700€ - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans	1 700 €/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans
<ul style="list-style-type: none"> ● Aides auditives hors 100 % Santé (Classe II)⁽⁷⁾ à partir de 21 ans 	60 % BR	1 700€ - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans	1 700 €/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans
<ul style="list-style-type: none"> ● Piles et accessoires 	60 % BR	40 % BR	100 % BR

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

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

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

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

(3) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévu par cet arrêté.

(4) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur relatifs au 100 % santé. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(5) verres unifocaux simples de Classe B

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

verres unifocaux complexes de Classe B

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

verres multifocaux ou progressifs complexes de Classe B

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

verres multifocaux ou progressifs très complexes de Classe B

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

(6) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour certaines prothèses et soins hors 100 % Santé (prothèses à honoraires maîtrisés) entre 2020 et 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur dès lors qu'ils ont pris effet.

(7) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 €/appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

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

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

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

TABLEAU DES PRESTATIONS SANTÉ ALSACE-MOSELLE, EN VIGUEUR À COMPTER DU 1^{er} JANVIER 2022

Nature des risques	Remboursements du régime de base	Remboursements complémentaires	Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)
SOINS COURANTS			
• Honoraires médicaux (généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, ophtalmologues y compris téléconsultation)	90 % BR	10 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassement d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Honoraires paramédicaux	90 % BR	10 % BR	100 % BR
• Analyses et examens de laboratoire	90 % à 100 % BR	10 % à 0 % BR	100 % BR
• Radiographie	90 % BR	10 % BR	100 % BR
• Médicaments	15 % à 90 % BR	85 % BR à 10 % BR	100 % BR
• Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	90 % BR	100 % FR - 90 % BR	100 % FR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses	90 % BR à 100 % BR	210 % BR	300 % BR à 310 % BR
• Actes de prévention⁽²⁾	35% à 90 % BR	de 65 % BR à 10 % BR	100 % BR
• Honoraires de médecine douce reconnus par le Ministère de la Santé (chiropractie, ostéopathie)	-	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire
OPTIQUE			
Équipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽³⁾			
• Équipements 100 % Santé (Classe A)⁽⁴⁾			
- Monture	90 % BR	Frais réels - 90 % BR	Frais réels
- Verres	90 % BR	Frais réels - 90 % BR	Frais réels
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100 % Santé	90 % BR	Frais réels - 90 % BR	Frais réels
• Autres équipements (Classe B)			
- Monture	90 % BR	100 € - 90 % BR	100 €
- Verres unifocaux simples ⁽⁵⁾	90% BR	90 €/verre - 90 % BR	90 €/verre
- Verres unifocaux complexes ⁽⁵⁾	90% BR	130 €/verre - 90 % BR	130 €/verre
- Verres multifocaux ou progressifs complexes ⁽⁵⁾	90% BR	135 €/verre - 90 % BR	135 €/verre
- Verres multifocaux ou progressifs très complexes ⁽⁵⁾	90% BR	150 €/verre - 90 % BR	150 €/verre
• Prestation d'adaptation de la correction à la vue et supplément pour verre avec filtre⁽⁴⁾	90% BR	Frais réels - 90 % BR	Frais réels
• Lentilles remboursées par le régime de base	90 % BR	10 % +135 €/an	100 % BR + 135 €/an
• Lentilles non remboursées par le régime de base	-	Crédit de 175 €/an/bénéficiaire	Crédit de 175 €/an/bénéficiaire
• Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiaire	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiaire
DENTAIRE			
• Soins et prothèses 100 % Santé⁽⁴⁾	90% BR	Frais réels - 90 % BR	Frais réels
• Soins (hors 100 % Santé)	90 % BR	80 % BR	170 % BR
• Inlay Onlay (hors 100 % Santé) ⁽⁶⁾	90% BR	180 % BR	270 % BR
• Prothèses (hors 100 % Santé)			
- Prothèses dentaires remboursées par le régime de base hors inlay core ⁽⁶⁾	90% BR	230 % BR	320 % BR
- Inlay core ⁽⁶⁾	90% BR	160 % BR	250 % BR
• Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base (hors inlays core)	-	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire
• Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 100 €/an/bénéficiaire	Crédit de 100 €/an/bénéficiaire
• Orthodontie prise en charge par le régime de base	90 % BR ou 100 % BR	230 % BR	320 % BR ou 330 % BR
• Orthodontie non prise en charge par le régime de base	-	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES			
• Équipements 100 % Santé (Classe I)^{(4) (7)}	90% BR	Frais réels - 90 % BR	Frais réels
• Aides auditives hors 100 % Santé (Classe II)⁽⁷⁾ jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	90 % BR	1700 € - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans	1 700 €/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans
• Aides auditives hors 100 % Santé (Classe II)⁽⁷⁾ à partir de 21 ans	90 % BR	1700 € - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans	1 700 €/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans
• Piles et accessoires	90 % BR	10 % BR	100 % BR

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

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

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

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

(3) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévu par cet arrêté.

(4) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur relatifs au 100 % santé. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(5) Verres unifocaux simples de Classe B

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

Verres unifocaux complexes de Classe B

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

Verres multifocaux ou progressifs complexes de Classe B

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

Verres multifocaux ou progressifs très complexes de Classe B

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

(6) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour certaines prothèses et soins hors 100 % Santé (prothèses à honoraires maîtrisés) entre 2020 et 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur dès lors qu'ils ont pris effet.

(7) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 €/appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

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

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

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

TITRE 8

GARANTIE ASSISTANCE



ARTICLE 8.1

Dispositions générales de la garantie assistance

8.1.1 Objet de l'assistance

La garantie assistance, assurée par MUTUAIDE ASSISTANCE comprend un ensemble de prestations mises en oeuvre :

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

8.1.2 Bénéficiaires de l'assistance

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

8.1.3 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

8.1.4 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.

▼ 8.1.5 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.

▼ 8.1.6 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.

8.1.7 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.

8.1.8 Limites et exclusions de la garantie assistance

La garantie assistance exclut :

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

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

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

Exclusions de l'assistance en déplacement :

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

Exclusions de l'assistance santé :

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

8.1.9 Traitement des réclamations

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

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

MUTUAIDE Assistance
Service Qualité Clients
126 rue de la Piazza - 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

8.1.10 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 8.2

Descriptif des prestations d'assistance

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

8.2.1 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.

8.2.2 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.

8.2.3 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.

▼ 8.2.4 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 ».

▼ 8.2.5 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 9

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 10

RÉSEAU 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.

▼ 10.1 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.

10.2 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 groupagricola.com : ils bénéficieront du service de localisation de l'opticien partenaire le plus proche de chez eux.

10.3 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