



Santé

SALARIÉS

**Salariés non cadres des parcs et jardins
zoologiques privés ouverts au public relevant
de l'accord national du 3 juin 2014**

Notice d'information

CPCEA



Groupe AGRICA

Titre 1 — Dispositions générales	4
ARTICLE 1 - 1 OBJET	4
ARTICLE 1 - 2 ORGANISME ASSUREUR	4
ARTICLE 1 - 3 DÉLÉGATION DE GESTION	4
ARTICLE 1 - 4 DURÉE	4
ARTICLE 1 - 5 RÉVISION DES GARANTIES ET DES COTISATIONS	4
ARTICLE 1 - 6 RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE	5
ARTICLE 1 - 7 PRESCRIPTION	5
ARTICLE 1 - 8 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	5
ARTICLE 1 - 9 RÉCLAMATIONS – MÉDIATION	6
ARTICLE 1 - 10 DEGRÉ ÉLEVÉ DE SOLIDARITÉ	6
Titre 2 — Vos cotisations	7
ARTICLE 2 - 1 STRUCTURE TARIFAIRE	7
ARTICLE 2 - 2 TAUX ET MONTANT DES COTISATIONS	7
ARTICLE 2 - 3 MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS	7
Titre 3 — Votre garantie frais de santé	8
ARTICLE 3 - 1 BÉNÉFICIAIRES	8
ARTICLE 3 - 2 AFFILIATION ET PRISE D'EFFET	8
ARTICLE 3 - 3 CESSATION DE L’AFFILIATION ET FIN DES GARANTIES	9
ARTICLE 3 - 4 DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	9
ARTICLE 3 - 5 MONTANT DE LA GARANTIE	9
ARTICLE 3 - 6 LIMITES ET EXCLUSIONS DE LA GARANTIE	10
ARTICLE 3 - 7 ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE	10
ARTICLE 3 - 8 RÈGLEMENT DES PRESTATIONS ET CONTRÔLE	10
ARTICLE 3 - 9 CESSATION DE LA GARANTIE	10
Titre 4 — Maintien de votre garantie frais de santé	11
ARTICLE 4 - 1 MAINTIEN DE LA GARANTIE AU TITRE DE LA PORTABILITÉ	11
ARTICLE 4 - 2 MAINTIEN DE LA GARANTIE SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL	11
Titre 5 — Services de tiers payant	13
Titre 6 — Action sociale	14
Annexe 1 — Définitions	15
Annexe 2 — Tableaux de garanties	17

Préambule

Par accord national du 3 juin 2014, les partenaires sociaux ont souhaité mettre en place un régime frais de santé pour les salariés non cadres des entreprises entrant dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale des parcs et jardins zoologiques privés ouverts au public, afin que vous puissiez bénéficier d'une couverture complémentaire santé.

Dans cet accord, les partenaires sociaux ont souhaité permettre aux entreprises de respecter leurs obligations relatives à la généralisation de la complémentaire santé et organiser la mutualisation du régime en recommandant la CPCEA comme organisme assureur.

Les dispositions du régime frais de santé sont entrées en vigueur au **1^{er} janvier 2015** et sont mises en œuvre, par la CPCEA, sise 21 rue de la Bienfaisance - 75382 PARIS Cedex 08.

Le régime a fait l'objet d'une révision partielle par l'avenant n° 1 du 9 février 2016 à effet du 1^{er} janvier 2016, sur les points suivants :

- la suppression de la condition d'ancienneté ;
- la modification de la répartition de la cotisation relative aux garanties optionnelles.

La présente notice a pour objet de vous présenter les garanties « frais de santé » prévues par l'accord national du 3 juin 2014.

Titre 1 — Dispositions générales

Article 1-1

Objet

Le régime frais de santé défini par l'accord national du 3 juin 2014 vous permet de bénéficier d'une couverture complémentaire santé.

Ce régime complémentaire frais de santé est mis en œuvre par la CPCEA dans le cadre d'un contrat collectif et obligatoire auquel votre employeur adhère.

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

Il vous permet d'obtenir le remboursement complémentaire de frais de santé (frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation) en cas de dépenses de santé consécutives à une maladie, une maternité ou à un accident.

Ce régime frais de santé se compose :

- d'un socle conventionnel correspondant aux garanties minimales dont vous devez obligatoirement bénéficier;
- d'un niveau supérieur de couverture (Option 1, Option 2, Option 3) que votre employeur peut mettre en place pour l'ensemble de ses salariés non cadres.

Article 1-2

Organisme assureur

Votre régime frais de santé est assuré par la CPCEA, Institution de prévoyance recommandée par les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale des parcs et jardins zoologiques privés ouverts au public.

CPCEA dont le siège social se situe au 21, rue de la Bienfaisance, 75382 Paris Cedex 08, est régie par le Code de la Sécurité sociale et est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe au 61, rue Taitbout, 75009 Paris.

Article 1-3

Délégation de gestion

La gestion des prestations frais de santé afférente au contrat est déléguée à la Caisse de la Mutualité Sociale Agricole dont vous dépendez, si vous relevez du régime agricole, ou à la Mutuelle Verte, 78 cours Lafayette, CS 60521, 83041 Toulon Cedex 9, si vous relevez du régime général de la Sécurité sociale ou si vous êtes salarié d'une entreprise qui relève à la fois du régime général et du régime agricole.

Article 1-4

Durée

A- Socle conventionnel obligatoire

Le contrat auquel vous êtes affilié s'impose à votre employeur au titre de ses obligations conventionnelles, tant sur la nature que le niveau des garanties.

En conséquence, l'adhésion de votre employeur au socle conventionnel obligatoire ne peut être remise en cause que dans les situations suivantes :

- le changement d'organisme assureur décidé par les partenaires sociaux;
- la dénonciation de l'accord national du 3 juin 2014 décidée par les partenaires sociaux;
- la cessation d'activité de votre entreprise;
- le changement d'activité de votre entreprise ayant pour effet de la faire sortir du champ d'application de l'accord national du 3 juin 2014.

B- Garantie optionnelle

La garantie optionnelle étant librement souscrite par votre employeur, ce dernier peut, conformément aux Conditions générales, décider de baisser le niveau optionnel de la garantie souscrite ou encore procéder à sa résiliation, en respectant les règles applicables en fonction du mode de mise en place de cette option.

Article 1-5

Révision des garanties et des cotisations

Les dispositions du contrat régissant votre régime frais de santé sont établies en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de signature de l'accord national du 3 juin 2014, notamment celles applicables au régime de base de Sécurité sociale en ce qui concerne les bases et les taux de remboursement. Les taux de cotisation et le niveau des garanties sont déterminés par les partenaires sociaux de l'accord national du 3 juin 2014.

Toute modification décidée par les partenaires sociaux sera automatiquement répercutée sur les dispositions du contrat. Une information sera alors réalisée auprès de votre employeur par l'Institution.

Article 1-6**Recours contre tiers responsable**

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

Les organismes assureurs qui ont versé des prestations à un salarié dispose d'un recours contre l'auteur responsable de cet accident ou de son assureur afin d'obtenir le remboursement de ces prestations.

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 de la CPCEA en tant que tiers payeur des prestations.

Article 1-7**Prescription**

Conformément à l'article L. 932-13 du Code de la Sécurité sociale, toute action relative aux garanties du contrat est prescrite, à compter de l'événement qui y donne naissance, par deux ans en ce qui concerne la garantie frais de santé.

Toutefois ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

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

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

Il s'agit notamment de :

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

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestation ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée 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 1-8**Informatique et Libertés**

Les informations vous concernant vous et vos ayants droit sont destinées au service de l'Institution, à ses mandataires, dont la MSA, intermédiaire(s), réassureur(s) et coassureur(s) ainsi qu'aux organismes professionnels intervenant au contrat.

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez exercer, en justifiant de votre identité, votre droit d'accès et de rectification aux données vous concernant, en adressant un courrier au siège de l'Institution – Correspondant Informatique et Libertés, 21, rue de la Bienfaisance - 75382 PARIS Cedex 08, ou par courriel à l'adresse suivante : cnil.blf@groupagricola.com.

Article 1-9**Réclamations – Médiation**

En cas de désaccord persistant, en dehors de toute demande d'information ou d'avis, vous pouvez adresser une réclamation :

- **soit par courrier** à l'Institution - Service Réclamations, 21 rue de la Bienfaisance, 75382 Paris Cedex 08;
- **soit par courriel** sur le site Internet d'AGRICA, www.groupagric.com, en cliquant sur la rubrique « Une question, contactez-nous » puis en précisant le sujet de votre demande « Faire une réclamation ».

Vous devez préciser votre code client et le domaine concerné (santé).

Dès lors, l'Institution vous adresse un accusé de réception dans les 10 jours suivant la réception de votre demande et traite votre demande dans un délai maximal de 2 mois.

Par suite, vous pouvez présenter un recours auprès du Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP) en adressant le dossier complet :

- **soit par courrier** au siège du CTIP, 10 rue Cambacérès, 75008 PARIS;
- **soit par voie électronique** sur le site Internet du CTIP, www.ctip.asso.fr, en cliquant sur la rubrique « Médiation » puis en complétant le formulaire de saisie en ligne.

Article 1-10**Degré élevé de solidarité**

Si vous êtes en difficulté sociale, professionnelle ou matérielle, vous pouvez bénéficier de prestations présentant un degré élevé de solidarité, notamment au titre des droits non contributifs. Ainsi, la garantie santé vous est maintenue sans contrepartie de cotisation sur le socle conventionnel. Toutefois, vous devez vous acquitter du paiement de la cotisation de l'option :

- si vous êtes apprenti ou bénéficiaire d'un contrat de professionnalisation, la cotisation de la garantie santé est intégralement prise en charge par le fonds du régime. Par conséquent, vous bénéficiez gratuitement des prestations prévues dans le cadre du régime socle conventionnel;
- si vous êtes salarié en suspension de contrat de travail lié à une maladie, une maternité ou un accident donnant lieu soit à un maintien total ou partiel de salaire, soit à des indemnités journalières financées au moins pour partie par votre employeur, au titre de

l'incapacité temporaire de travail, la garantie santé vous est maintenue, tant sur le socle que sur l'option, pour tout mois civil d'arrêt de travail et aussi longtemps que vous ne reprenez pas une activité.

En outre, vous pouvez bénéficier de l'action sociale institutionnelle de la CPCEA telle que précisée au titre 6 de la présente Notice d'information.

Titre 2 — Vos cotisations

Article 2-1 Structure tarifaire

—
Votre régime conventionnel frais de santé se compose d'un régime socle constituant les garanties minimales obligatoires. À ce socle, votre employeur peut choisir de prendre une option (option 1, 2 ou 3), revêtant un caractère collectif et obligatoire.

Le régime socle est décliné en deux structures tarifaires, au choix de votre employeur, comme suit :

→ **Uniforme** : cette structure tarifaire vous couvre vous ainsi que l'ensemble de vos ayants droit moyennant une cotisation unique et forfaitaire, quelle que soit votre situation familiale ;

→ **Isolé/Duo/Famille**.

Cette structure tarifaire dépend de votre situation familiale réelle :

→ **Isolé** : cette structure tarifaire vous couvre vous seul en tant que participant du régime ;

→ **Duo** : cette structure tarifaire vous couvre vous et votre conjoint ou un de vos enfants ;

→ **Famille** : cette structure tarifaire vous couvre vous et vos ayants droit.

—
S'agissant de la structure tarifaire « Isolé, Duo, Famille », en cas de modification dans votre situation familiale, vous devez en informer l'Institution via votre employeur afin que la structure tarifaire qui vous soit applicable corresponde à votre situation familiale réelle.

Article 2-2 Taux et montant des cotisations

—
Les taux et montant des cotisations finançant vos garanties ainsi que leur répartition sont définis par les partenaires sociaux de l'accord national du 3 juin 2014 concernant les garanties du socle conventionnel obligatoire.

—
S'agissant des garanties optionnelles, les taux de cotisation sont fixés par les partenaires sociaux de l'accord du 3 juin 2014. Le taux de cotisation de la garantie optionnelle est pris en charge par votre employeur à hauteur de 50 % minimum. Les cotisations mensuelles frais de santé du socle conventionnel et des options sont calculées en pourcentage

du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en fonction de votre situation familiale et du régime souscrit par votre entreprise. Elles sont dues dans leur intégralité pour tout mois commencé.

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

Article 2-3

Modalités de paiement des cotisations

—
Excepté en cas de maintien de la garantie frais de santé dans les conditions prévues au titre 4 :

→ le financement du régime est assuré conjointement par vous-même et votre employeur, dès votre affiliation ;

→ votre part de cotisation est directement précomptée sur votre fiche de paie par votre employeur ;

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

Titre 3 — Votre garantie frais de santé

Article 3-1

Bénéficiaires

Le présent régime bénéficie à l'ensemble des salariés non cadres dès leur embauche.

Ainsi, la garantie frais de santé vous est accordée :

- à vous-même, si vous êtes en activité ou si vous êtes indemnisé par le régime de base au titre de l'incapacité temporaire ou permanente de travail consécutive à une maladie, un accident de la vie privée, une maternité, un accident du travail ou une maladie professionnelle, et que vous bénéficiez de droits ouverts au titre des prestations en nature du régime de base;
- à vos ayants droit, tels que définis en Annexe 1 de la présente notice.

Article 3-2

Affiliation et prise d'effet

1- Affiliation obligatoire

Vous et vos ayants droit (selon la structure tarifaire applicable) êtes obligatoirement affiliés au contrat mettant en œuvre ce régime, dès lors que vous êtes présent dans l'entreprise au jour de son entrée en vigueur, y compris si vous reprenez une activité dans le cadre d'un cumul Emploi/Retraite.

Si votre affiliation est simultanée à l'adhésion de votre entreprise, celle-ci est formalisée par un bulletin d'affiliation co-signé par votre employeur et vous-même. Elle prend effet à la date de réception dudit bulletin.

Lorsque vous êtes engagé postérieurement à l'adhésion de votre entreprise, votre affiliation est effectuée au retour du bulletin d'affiliation, dûment complété, accompagné des pièces justificatives et signé.

Elle prend effet à votre date d'embauche.

Dans tous les cas, la CPCEA confirme votre affiliation par l'envoi d'un certificat d'affiliation qui précise le niveau de couverture choisi par votre employeur.

2- Entrée en vigueur de la garantie

La garantie entre en vigueur, pour vous et vos ayants droit, dès votre embauche.

L'affiliation de vos ayants droit prend effet :

- à la même date que pour vous-même;
- à la date de survenance de l'événement (mariage, conclusion d'un PACS, concubinage, naissance) ou en cas de changement de votre situation familiale dûment déclaré à l'Institution.

3- Dérogation : cas de dispense d'affiliation

Sans préjudice des cas de dispense de plein droit prévus par les textes législatifs, vous pouvez choisir de ne pas être affilié au présent contrat dès lors que vous vous trouvez dans l'une des situations suivantes :

- si vous êtes couvert par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de votre embauche si elle est postérieure, jusqu'à l'échéance annuelle du contrat individuel;
- si vous bénéficiez de la CMU-Complémentaire ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du Code de la Sécurité sociale, et ce temporairement jusqu'à la date à laquelle vous cessez de bénéficier de la couverture ou de l'aide;
- si vous êtes salarié sous contrat à durée déterminée au moins égale à 12 mois et que vous bénéficiez d'une couverture individuelle frais de santé par ailleurs;
- si vous êtes salarié sous contrat à durée déterminée inférieure à 12 mois, même si vous ne bénéficiez pas d'une couverture individuelle frais de santé par ailleurs;
- si vous êtes couvert par une couverture collective et obligatoire en tant qu'ayant droit;
- si vous êtes salarié à temps partiel et que vous travaillez pour une seule entreprise dès que la cotisation à votre charge représente 10 % ou plus de votre rémunération brute.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse de votre part et adressée à votre employeur avant la fin du mois qui suit votre embauche. Pour que votre demande soit recevable, vous devez indiquer que vous avez été informé des conséquences de votre choix à savoir que vous n'êtes pas redevable de la cotisation pendant la période de dispense mais également que vous ne pourrez bénéficier des prestations pendant cette période, ni du droit au maintien de votre garantie frais de santé au titre de la portabilité des droits.

Votre demande doit être accompagnée des justificatifs attestant de votre situation.

Vous devrez produire chaque année ces justificatifs à votre employeur et à défaut, vous serez affilié au contrat et la cotisation sera due.

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

Dans les cas de dispense d'affiliation, les cotisations ne sont dues ni par vous ni par votre employeur.

Cas particulier :

Si vous et votre conjoint travaillez dans la même entreprise, l'un de vous est alors affilié en tant que salarié et l'autre en tant qu'ayant droit.

Dès lors, la cotisation frais de santé est due et versée uniquement par celui qui perçoit la rémunération brute la plus élevée.

Pour ce faire, vous devez informer par écrit votre employeur de votre demande de dispense d'affiliation, au plus tard le 8 du mois précédent la mise en œuvre de la dispense d'affiliation.

Dans tous les cas précités, votre entreprise doit informer par écrit la CPCEA de votre demande de dispense d'affiliation.

Article 3-3

Cessation de l'affiliation et fin des garanties

—
Votre affiliation au présent contrat cesse :

- à la fin du mois civil au cours duquel vous êtes promu cadre ;
- à la fin du mois civil au cours duquel est intervenue la rupture de votre contrat de travail, quel qu'en soit le motif, étant précisé qu'en cas de cumul Emploi/Retraite, il s'agit de la date de rupture de votre contrat de travail au titre de l'activité cumulée avec votre retraite.

Le contrat cesse de produire ses effets à la date de cessation de votre affiliation, sous réserve des dispositifs de maintien de la garantie frais de santé, tels que prévus au titre 4 de la présente Notice d'information.

En tout état de cause, il cesse à la date de liquidation de votre pension de vieillesse de la Mutualité Sociale Agricole ou tout autre régime de base de Sécurité sociale, y compris pour inaptitude au travail.

Article 3-4

Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

1- Votre contrat de travail est suspendu pour cause de maladie, maternité ou accident

—
En cas de suspension de votre contrat de travail donnant lieu, soit à un maintien total ou partiel de votre salaire, soit à des indemnités journalières financées en partie par votre employeur, au titre de l'incapacité temporaire de travail, les garanties du présent contrat vous sont maintenues, sans contrepartie de cotisations, pour tout mois civil d'arrêt de travail et tant que vous ne reprenez pas une activité.

2- Votre contrat de travail est suspendu pour tout autre cause

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

—
Votre employeur doit informer la CPCEA de votre situation dans les meilleurs délais.

Pour ce faire, dès réception de cette information, la CPCEA vous adresse une demande de maintien que vous devez lui retourner dûment complétée et signée.

—
Votre affiliation prend effet dès le lendemain de la cessation de votre couverture collective, sous réserve que la CPCEA ait reçu votre demande de maintien dans le mois qui suit la suspension de votre contrat de travail. À défaut, votre affiliation s'effectue le 1^{er} jour du mois qui suit la réception de votre demande de maintien.

—
Le paiement de la cotisation frais de santé s'effectue par prélèvement automatique sur votre compte bancaire. Selon votre choix, ce prélèvement est effectué :

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

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

Article 3-5

Montant de la garantie

—
Les montants des remboursements garantis par le contrat correspondent à ceux prévus par l'accord national du 3 juin 2014.

Ces remboursements 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 des garanties figurant en Annexe 2.

Il est précisé que l'Institution prend en charge les actes de

prévention ouvrant droit à remboursement de la part du régime de base, notamment ceux fixés par l'arrêté du 8 juin 2006, dans le cadre du dispositif des contrats « responsables ».

Article 3-6

Limites et exclusions de la garantie

- les frais engagés au titre d'actes exécutés avant la date d'entrée en vigueur de la garantie ou après la cessation de la garantie ;
- les frais résultant d'actes non pris en charge par le régime de base, sauf exceptions prévues aux tableaux de garanties figurant en Annexe 2.

1 - Limites liées au caractère « responsable » de votre régime :

Votre régime complémentaire de frais de santé s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits « responsables » défini par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets et arrêtés d'application.

Notamment, il ne rembourse :

- ni la participation forfaitaire et la franchise respectivement prévues aux II et III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- ni les pénalités ou majorations autorisées mises à la charge de l'assuré en cas de non-respect du parcours de soins, d'absence de désignation d'un médecin traitant ou de refus d'accès à son dossier médical personnel.

En tout état de cause, votre régime sera automatiquement adapté en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats « responsables ».

2 - Précisions en cas d'assurances cumulatives :

Les remboursements du régime de base, de la CPCEA et de tout autre organisme ne peuvent excéder le montant des frais que vous avez 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, vous pouvez obtenir le remboursement de vos frais en vous adressant à l'organisme de votre choix.

Vous devez procéder auprès de la CPCEA à la déclaration de vos assurances cumulatives. Cette obligation est valable pendant toute la durée de votre affiliation.

Article 3-7

Étendue territoriale de la garantie

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

Article 3-8

Règlement des prestations et contrôle

1 - Règlement des prestations

Vos prestations sont réglées directement par votre caisse de Mutualité Sociale Agricole si vous relevez du régime agricole, ou la Mutuelle Verte si vous relevez du régime général de la Sécurité sociale ou si vous êtes salarié d'une entreprise qui relève à la fois du régime général et du régime agricole, seule interlocutrice pour le remboursement de la part complémentaire de vos frais de santé.

2 - Contrôle

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

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

En cas de récupération de prestations de la part du régime de base, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, la CPCEA se réserve le droit de récupérer toutes prestations qui vous auront été indûment réglées.

Article 3-9

Cessation de la garantie

La garantie frais de santé prend fin tant à votre égard qu'à l'égard de vos ayants droit à la date de cessation de l'affiliation, telle que prévue à l'article 3-3.

Concernant vos ayants droit, la garantie cesse de plein droit dès qu'ils perdent la qualité d'ayant droit, telle que définie à l'Annexe 1.

Titre 4 — Maintien de votre garantie frais de santé

Article 4-1 **Maintien de la garantie au titre de la portabilité**

En cas de cessation de votre contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, vous pouvez bénéficier du maintien de la garantie frais de santé prévu au présent contrat en application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale et ce pour toute notification de rupture intervenue à compter de la prise d'effet du présent contrat. Le bénéfice du maintien de la garantie frais de santé vous est acquis sans versement de cotisation durant la période de portabilité, le financement de ce maintien étant inclus dans la cotisation des actifs.

1- Bénéficiaires

En cas de rupture de votre contrat de travail, vous pouvez continuer à bénéficier des garanties, qui vous couvraient en tant qu'actif, aux conditions suivantes :

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

2- Ouverture des droits et durée de la portabilité

Comme énoncé précédemment, vous avez acquis la possibilité de vous voir ouvrir des droits à prestations au titre de la portabilité à compter de la date de rupture de votre contrat de travail.

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

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

3- Obligations

Vous devez justifier auprès de la CPCEA, à l'ouverture ainsi qu'au cours de la période de la portabilité, que vous remplissez les conditions requises.

À ce titre, vous devez fournir une copie de votre certificat de travail et une attestation de prise en charge par l'assurance chômage.

Chaque mois, vous devez adresser une copie des attestations de paiement de Pôle Emploi.

De même, vous devez informer la CPCEA de la cessation du versement des allocations chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de la portabilité.

4- Prestations

Vos prestations au titre de la portabilité sont identiques à celles définies par le présent contrat pour les salariés en activité.

Toute modification de ces prestations intervenant au cours de la portabilité vous est applicable.

5- Cessation de la portabilité

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

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

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

Article 4-2

Maintien de la garantie sous forme de contrat individuel

La garantie frais de santé peut vous être maintenue, ainsi qu'à vos ayants droit, sans période probatoire ni contrôle médical, sous forme de contrat individuel, au-delà de la date de cessation de la garantie prévue à l'article précédent.

1- Au participant, en cas de rupture de votre contrat de travail

En application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Évin », l'Institution vous proposera dans les deux mois qui suivent la date de rupture de votre contrat de travail ou la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits, le maintien de votre couverture obligatoire dans le cadre d'une adhésion à un contrat individuel, sous réserve que vous répondiez à l'une des conditions suivantes :

- vous êtes bénéficiaire d'une pension de retraite;
- vous êtes privé d'emploi et vous bénéficiez d'un revenu de remplacement;
- votre contrat de travail est rompu et vous êtes

bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité et vous percevez à ce titre des prestations en espèces du régime de base obligatoire.

—

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à l'Institution au plus tard 6 mois après la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, de la fin de la période de la portabilité.

La garantie entre en vigueur dès la date de cessation de la garantie frais de santé du contrat collectif, sous réserve que vous vous acquittiez du versement de la cotisation depuis cette date.

—

2- Aux ayants droit, en cas de décès

L'Institution proposera à vos ayants droit inscrits au contrat, dans les deux mois qui suivent la date de cessation des garanties, le maintien de leur couverture obligatoire dans le cadre d'une adhésion à un contrat individuel.

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à l'Institution au plus tard 6 mois après votre décès.

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

Cette garantie est maintenue pendant une période minimale de 12 mois à compter du décès.

En application du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les tarifs qui vous sont applicables et à vos éventuels ayants droit ne pourront être supérieurs à plus de 50 % du tarif en vigueur que pour les participants actifs.

Titre 5 — Services de tiers payant

Les services de tiers payant suivants sont mis à votre disposition :

—

1. PHARMACIE

Un service de TIERS PAYANT PHARMACIE qui a pour objet de vous permettre de bénéficier de la dispense d'avance des frais pharmaceutiques pris en charge par régime de base et garantis au titre du contrat. Par ce système, le pharmacien peut délivrer, sans avance de fonds, les médicaments prescrits par un médecin sur ordonnance. Les frais pharmaceutiques correspondants sont réglés directement au pharmacien pour les parts obligatoires et complémentaires par votre caisse de la Mutualité Sociale Agricole si vous relevez du régime agricole, ou la Mutuelle Verte si vous relevez du régime général de la Sécurité sociale ou si vous êtes salarié d'une entreprise qui relève à la fois du régime général et du régime agricole.

Entrent dans le cadre de la dispense d'avance, tous les produits pharmaceutiques, médicalement prescrits, dont la prise en charge par le régime de base – au moins pour la part lui incombant – résulte également d'une procédure de tiers payant.

Sont exclus du système Tiers payant, la franchise mentionnée au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale et les produits pharmaceutiques non remboursables par le régime de base qui doivent être réglés intégralement au pharmacien.

La CMSA porte les droits complémentaires sur votre carte Vitale, ce qui vous dispense dans la plupart des cas de présenter la carte complémentaire (sous forme papier) délivrée par votre caisse.

Vous devez restituer la carte complémentaire à l'Institution ou la Mutuelle Verte dans les circonstances suivantes :

- en cas de résiliation du contrat, suite à la dénonciation de l'accord national du 3 juin 2014 ou suite au changement d'organisme assureur;
- en cas d'utilisations abusives répétées du système;
- si vous ne remplissez plus les conditions d'ouverture des droits requis au titre du régime de base obligatoire dont vous relevez;
- et en tout état de cause en cas de départ de l'entreprise.

La caisse de la MSA ou la Mutuelle Verte se réserve le droit de réclamer, à vous-même ou au pharmacien, tout indu relatif au système de tiers payant.

—

2. AUTRES PROFESSIONS DE SANTÉ

Dans les départements où des accords ont été conclus entre la CPCEA, les caisses de la Mutualité Sociale Agricole, la Mutuelle Verte et les professions de santé, des systèmes de tiers payant peuvent être offerts par d'autres professions de santé (radiologie, analyses médicales, opticiens, soins externes dispensés dans les établissements hospitaliers...).

—

3. ACCORD DE PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

Objet

En cas d'hospitalisation, votre caisse de MSA ou la Mutuelle Verte vous délivrera, pour certains établissements, une prise en charge hospitalière.

Dans ce cas, le complément de frais restant à votre charge au-delà des prestations normalement servies par la MSA et la Mutuelle Verte, à l'exclusion de tout dépassement d'honoraires et des frais accessoires (suppléments éventuels pour boissons, télévision, téléphone, etc.) est réglé directement à l'établissement, à hauteur des garanties souscrites.

—

Conditions d'application

Est garantie toute hospitalisation comportant au moins une facturation de 24 heures consécutives.

La prise en charge de toute hospitalisation garantie est limitée aux établissements répondant aux deux conditions suivantes :

- être conventionnés avec le régime de base;
- bénéficier d'accord de tiers payant avec les caisses de MSA ou la Mutuelle Verte, tant pour les frais de séjour que pour les honoraires.

—

Formalités administratives (CMSA)

Sur présentation de votre justificatif d'identification, l'établissement hospitalier sollicite la prise en charge.

Lorsque les conditions requises sont remplies, la caisse de Mutualité Sociale Agricole transmet un « bon de prise en charge » à l'établissement hospitalier.

De ce fait, aucune avance de fonds ne vous est demandée dès lors que votre complémentaire frais de santé prend en charge les frais ayant fait l'objet de la demande de dispense d'avance de frais.

Titre 6 — Action sociale

Votre affiliation à la CPCEA vous donne accès à nos services d'action sociale.

—

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

- accompagnement hospitalier;
- aide à la famille (enfants en difficulté, placements, vacances);
- dettes engendrées par un problème de santé;
- réinsertion professionnelle suite à un accident du travail;
- acte de prévention (vaccination grippe saisonnière, sevrage tabagique, risques auditifs...).

—

Pour toute information, contactez le **0821 200 800** ou **www.groupagrifa.com**

Annexe 1 — Définitions

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

—

AYANTS DROIT

Conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin du participant et enfant(s) à charge définis ci-après :

- **le conjoint** : la personne mariée avec le participant et non séparée de corps ;
- **le cocontractant d'un PACS** : est assimilée au conjoint, la personne qui a conclu un Pacte Civil de Solidarité avec le participant ;
- **le concubin** : est assimilée au conjoint, la personne vivant en concubinage selon les dispositions de l'article 515-8 du Code civil, avec le participant depuis au moins deux ans, sous réserve que le participant soit libre au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de PACS.

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

- **les enfants** : par enfant, il faut entendre :
 - les enfants du participant (légitimes, adoptés ou reconnus, nés ou à naître) ;
 - les enfants recueillis par le participant et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue ;
 - les enfants dont la qualité d'ayant droit du participant aura été reconnue par le régime de base de Sécurité sociale.

Sont considérés comme enfants à charge :

- tous les enfants âgés de moins de 20 ans, et s'ils travaillent que leur rémunération n'excède pas 55 % du SMIC ;
- tous les enfants âgés de moins de 28 ans s'ils sont étudiants, apprentis ou demandeurs d'emploi inscrits à POLE EMPLOI et non indemnisés ;
- tous les enfants invalides au sens de la législation sociale si l'état d'invalidité a été constaté avant leur 21^e anniversaire.

—

BASE DE REMBOURSEMENT

Tarif servant de référence au régime de base pour déterminer le montant de son remboursement.

—

CHANGEMENT DE SITUATION FAMILIALE

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

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

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.

—

CONTRAT RESPONSABLE

Contrat santé ne couvrant pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale et répondant à l'ensemble des conditions mentionnées par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et par tout texte ultérieur pris par les Pouvoirs Publics pour son application (notamment les articles R. 871-1 et R. 871-2 de ce même Code).

—

CRÉDIT

Somme utilisable en une ou plusieurs fois jusqu'à épuisement au cours de l'année civile.

—

FORFAIT ACTES LOURDS

Participation forfaitaire de 18 € qui n'est pas remboursée par le régime de base (sauf régime Alsace-Moselle) et 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'État.

—

FRAIS D'ACCOMPAGNANT

Frais correspondant aux facilités (lit, repas...) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et qui reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation.

—

FRAIS DE SOINS ET DE SÉJOUR

Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts des soins et ceux du séjour : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas...

—

HOSPITALISATION

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

—

MÉDECIN TRAITANT

Médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient auprès du régime de base. Il réalise les soins de premier niveau et assure une prévention personnalisée. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient à jour le dossier médical du patient.

—

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé, et être remboursé normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

—

TICKET MODÉRATEUR

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le régime de base (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire ou d'une franchise).

Annexe 2 — Tableaux de garanties

Les tableaux de garanties frais de santé vous sont présentés aux pages suivantes. Vous y trouverez à titre indicatif la base de remboursement du régime de base ainsi que le remboursement complémentaire apporté par le régime de frais de santé des salariés non cadres des parcs et jardins zoologiques privés ouverts au public.

Les garanties proposées respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats responsables et solidaires 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. Le présent contrat sera automatiquement adapté aux évolutions législatives ou réglementaires ayant un impact sur les contrats responsables.

Par ailleurs, l'ensemble des actes de prévention remboursés par le régime de base, dont ceux définis par l'arrêté ministériel du 8 juin 2006, sont remboursés par le contrat :

1. **Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le 14^e anniversaire.**
2. **Un détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).**
3. **Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.**
4. **Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).**

5. Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

- a) **Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010);**
- b) **Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015);**
- c) **Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011);**
- d) **Audiométrie tonale et vocale (CDQP012);**
- e) **Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).**

6. **L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans.**

7. **Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :**

- a) **Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges;**
- b) **Coqueluche : avant 14 ans;**
- c) **Hépatite B : avant 14 ans;**
- d) **BCG : avant 6 ans;**
- e) **Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant;**
- f) **Haemophilus influenzae B;**
- g) **Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.**

→ Tableau des prestations santé hors Alsace-Moselle, en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2015

Les garanties de ce régime s'appliquent pour la France métropolitaine et les départements d'outre-mer hors régime local d'Alsace-Moselle.

Nature des frais remboursés en % de la Base de Remboursement (dans la limite des frais réellement engagés)	Remboursement du Régime Obligatoire	Remboursement du socle	Remboursement des garanties complémentaires (en sus du Régime Obligatoire et du socle)		
			Option 1	Option 2	Option 3
Soins courants					
● Honoraires de généralistes et spécialistes	70%	30%	100%	200%	300%
● Analyses biologiques, auxiliaires médicaux	60 ou 70%	40 ou 30%	FR	FR	FR
● Radiologie, actes techniques	70%	30%	100%	200%	300%
● Actes de prévention responsables ⁽¹⁾	de 35 à 70%	de 65 à 30%	FR	FR	FR
● Pharmacie 65%	65%	35%	-	-	-
● Pharmacie 30%	30%	70%	-	-	-
● Pharmacie 15%	15%	-	85%	85%	85%
● Consultations médecines douces (limitées à 4 consultations/an/bénéficiaire) ⁽²⁾	-	-	-	25€ / Consult.	25€ / Consult.
Optique⁽³⁾		<i>Tous les 2 ans</i>	<i>Tous les ans</i>		
● Monture, verres remboursés par le RO	60%	40% + 200€	200€	200€	200€
● Lentilles remboursées par le RO	60%	40%	200€	200€	200€
● Lentilles non remboursées par le RO	-	-	200€	200€	200€
● Crédit supplémentaire verres simples remboursés par le RO	-	-	-	50€	100€
● Crédit supplémentaire verres complexes remboursés par le RO	-	-	-	90€	180€
● Crédit supplémentaire optique (en l'absence de conso. pendant 2 ans)	-	-	50€	50€	50€
● Crédit chirurgie réfractive cornéenne de l'œil	-	-	-	400€	600€
Dentaire					
● Soins dentaires	70%	30%	100%	200%	300%
● Prothèses dentaires remboursées par le RO (hors Inlay-Core, Inlay-Onlay, couronnes implantoportées)	70%	55%	75%	225%	325%
● Prothèses dentaires non remboursées par le RO (hors implantologie)	-	-	-	100€	200€
● Inlay-Core/Inlay-Onlay remboursés par le RO	70%	55%	25%	25%	75%
● Implantologie/parodontologie	-	-	-	100€	200€
● Orthodontie remboursée par le RO (enfant moins de 16 ans)	70 ou 100%	55 ou 25%	125%	175%	225%
● Orthodontie non remboursée par le RO	-	-	-	200€	400€
● Forfait dentisterie esthétique (vernis, blanchiment, curtage, surfaçage)	-	-	-	-	80€
Appareillage					
● Gros appareillage	100%	-	-	100%	200%
● Petits appareillages dont orthopédie	60%	40%	350%	350%	350%
● Prothèses auditives remboursées par le RO	60%	40%	350%	350%	350%
● Prothèses auditives non remboursées par le RO	-	-	-	300€/an	400€/an
Hospitalisation					
● Frais de séjour	80 ou 100%	20 ou 0%	100%	200%	300%
● Honoraires	100%	-	150%	400%	500%
● Forfait journalier hospitalier	-	FR	FR	FR	FR
● Chambre particulière (60 jours et 30 jours pour la psychiatrie)	-	-	40€/jour	60€/jour	80€/jour
● Frais de lit d'accompagnement (enfant moins de 15 ans) (60 jours)	-	-	20€/jour	30€/jour	40€/jour
Maternité					
● Frais de séjour et honoraires secteur conventionné	100%	-	100%	200%	300%
● Forfait journalier hospitalier	-	FR	FR	FR	FR
● Chambre particulière	-	-	40€/jour	60€/jour	80€/jour
● Prime de naissance ou d'adoption (par enfant, pour les 2 premiers)	-	-	100€	150€	200€
● Prime de naissance ou d'adoption (par enfant, à partir du 3 ^e)	-	-	200€	250€	300€
Polyvalents					
● Forfait actes lourds « 18 euros »	-	FR	FR	FR	FR
● Transports remboursés par le RO	65%	35%	-	-	-
● Cures thermales : frais balnéaires remboursés par le RO	65%	35%	35%	85%	135%
● Pharmacie non remboursée par le RO (sur prescription)	-	-	-	-	40€
● Vaccins non remboursés par le RO (sur prescription)	-	-	-	40€	40€

Les Crédits sont présentés par bénéficiaire et par an.

RO : régime obligatoire (MSA, Sécurité sociale, autres). **BR** : base de remboursement de la Sécurité sociale. **FR** : frais réels.

(1) Acte de prévention (au sens de l'arrêté du 8 juin 2006) : Détartrage annuel effectué en 2 séances max. Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans. Scellement des sillons avant 14 ans. Dépistage hépatite B. Bilan du langage avant 14 ans. Dépistage des troubles de l'audition après 50 ans. Vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge). (2) Liste des médecines douces : acupuncture, homéopathie, ostéopathie, chiropractie, microkinésithérapie.

(3) L'ensemble du poste optique est limité à une monture et à une paire de verres par an et par bénéficiaire (tous les 2 ans pour le socle).

→ Tableau des prestations santé Alsace-Moselle, en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2015

Nature des frais remboursés en % de la Base de Remboursement (dans la limite des frais réellement engagés)	Remboursement du Régime Obligatoire	Remboursement du socle	Remboursement des garanties complémentaires (en sus du Régime Obligatoire et du socle)		
			Option 1	Option 2	Option 3
Soins courants					
● Honoraires de généralistes et spécialistes	90 %	10 %	100 %	200 %	300 %
● Analyses biologiques, auxiliaires médicaux	90 %	10 %	FR	FR	FR
● Radiologie, actes techniques	90 %	10 %	100 %	200 %	300 %
● Actes de prévention responsables ⁽¹⁾	de 35 à 90 %	de 65 à 10 %	FR	FR	FR
● Pharmacie 65 %	90 %	10 %	–	–	–
● Pharmacie 30 %	80 %	20 %	–	–	–
● Pharmacie 15 %	15 %	0 %	85 %	85 %	85 %
● Consultations médecines douces (limitées à 4 consultations/an/bénéficiaire) ⁽²⁾	–	–	–	25 € / Consult.	25 € / Consult.
Optique ⁽³⁾		<i>Tous les 2 ans</i>	<i>Tous les ans</i>		
● Monture, verres remboursés par le RO	90 %	10 % + 200 €	200 €	200 €	200 €
● Lentilles remboursées par le RO	90 %	10 %	200 €	200 €	200 €
● Lentilles non remboursées par le RO	–	–	200 €	200 €	200 €
● Crédit supplémentaire verres simples remboursés par le RO	–	–	–	50 €	100 €
● Crédit supplémentaire verres complexes remboursés par le RO	–	–	–	90 €	180 €
● Crédit supplémentaire optique (en l'absence de conso. pendant 2 ans)	–	–	50 €	50 €	50 €
● Crédit chirurgie réfractive cornéenne de l'œil	–	–	–	400 €	600 €
Dentaire					
● Soins dentaires	90 %	10 %	100 %	200 %	300 %
● Prothèses dentaires remboursées par le RO (hors Inlay-Core, Inlay-Onlay, couronnes implantoportées)	90 %	35 %	75 %	225 %	325 %
● Prothèses dentaires non remboursées par le RO (hors implantologie)	–	–	–	100 €	200 €
● Inlay-Core/Inlay-Onlay remboursés par le RO	90 %	35 %	25 %	25 %	75 %
● Implantologie/parodontologie	–	–	–	100 €	200 €
● Orthodontie remboursée par le RO (enfant moins de 16 ans)	100 %	25 %	125 %	175 %	225 %
● Orthodontie non remboursée par le RO	–	–	–	200 €	400 €
● Forfait dentisterie esthétique (vernis, blanchiment, curtage, surfaçage)	–	–	–	–	80 €
Appareillage					
● Gros appareillage	100 %	–	–	100 %	200 %
● Petits appareillages dont orthopédie	90 %	10 %	350 %	350 %	350 %
● Prothèses auditives remboursées par le RO	90 %	10 %	350 %	350 %	350 %
● Prothèses auditives non remboursées par le RO	–	–	–	300 € / an	400 € / an
Hospitalisation					
● Frais de séjour	100 %	–	100 %	200 %	300 %
● Honoraires	100 %	–	150 %	400 %	500 %
● Forfait journalier hospitalier	–	FR	FR	FR	FR
● Chambre particulière (60 jours et 30 jours pour la psychiatrie)	–	–	40 € / jour	60 € / jour	80 € / jour
● Frais de lit d'accompagnement (enfant moins de 15 ans) (60 jours)	–	–	20 € / jour	30 € / jour	40 € / jour
Maternité					
● Frais de séjour et honoraires secteur conventionné	100 %	–	100 %	200 %	300 %
● Forfait journalier hospitalier	–	FR	FR	FR	FR
● Chambre particulière	–	–	40 € / jour	60 € / jour	80 € / jour
● Prime de naissance ou d'adoption (par enfant, pour les 2 premiers)	–	–	100 €	150 €	200 €
● Prime de naissance ou d'adoption (par enfant, à partir du 3 ^e)	–	–	200 €	250 €	300 €
Polyvalents					
● Forfait actes lourds « 18 euros »	–	FR	FR	FR	FR
● Transports remboursés par le RO	100 %	–	–	–	–
● Cures thermales : frais balnéaires remboursés par le RO	90 %	–	10 %	60 %	135 %
● Pharmacie non remboursée par le RO (sur prescription)	–	–	–	–	40 €
● Vaccins non remboursés par le RO (sur prescription)	–	–	–	40 €	40 €

Les Crédits sont présentés par bénéficiaire et par an.

RO : régime obligatoire (MSA, Sécurité sociale, autres). **BR** : base de remboursement de la Sécurité sociale. **FR** : frais réels.

(1) Acte de prévention (au sens de l'arrêté du 8 juin 2006) : Détartrage annuel effectué en 2 séances max. Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans. Scellement des sillons avant 14 ans. Dépistage hépatite B. Bilan du langage avant 14 ans. Dépistage des troubles de l'audition après 50 ans. Vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge). (2) Liste des médecines douces : acupuncture, homéopathie, ostéopathie, chiropractie, microkinésithérapie.

(3) L'ensemble du poste optique est limité à une monture et à une paire de verres par an et par bénéficiaire (tous les 2 ans pour le socle).

IMPORTANT

Ce document est à compléter et à signer
par le salarié puis à remettre à l'employeur

ATTESTATION DE RÉCEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION

Je soussigné(e)

Nom.....

Prénom

reconnais avoir reçu la Notice d'information (nom du produit) :

.....

Cette attestation **constitue la preuve que vous avez reçu la notice d'information.** Elle doit être remise à l'employeur afin qu'il la conserve

RÉSERVÉ AU SALARIÉ

Fait à.....

le.....

Signature





