



REGIME FRAIS DE SANTE

Accord départemental du 1^{er} octobre 2009 des
salariés et apprentis des branches spécialisées de
l'horticulture et des pépinières de l'Orne

Notice d'Information

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
PREAMBULE	3
TITRE 1 – DISPOSITIONS GENERALES DU CONTRAT	4
ARTICLE 1-1 : OBJET DU CONTRAT	4
ARTICLE 1-2 : DUREE DU CONTRAT.....	4
ARTICLE 1-3 : MODULARITE DU CONTRAT.....	4
ARTICLE 1-4 : ORGANISMES ASSUREURS	4
ARTICLE 1-5 : DELEGATION DE GESTION.....	4
ARTICLE 1-6 : RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE.....	5
ARTICLE 1-7 : REPETITION DE L'INDU	5
ARTICLE 1-8 : PRESCRIPTION.....	5
ARTICLE 1-9 : FAUSSE DECLARATION.....	6
ARTICLE 1-10 : INFORMATIQUE ET LIBERTES	6
ARTICLE 1-11 : RECLAMATIONS - MEDIATION	6
ARTICLE 1-12 : VOS OBLIGATIONS	7
TITRE 2 – COTISATIONS	7
ARTICLE 2-1 : STRUCTURE TARIFAIRE	7
ARTICLE 2-2 : MONTANT DES COTISATIONS	7
ARTICLE 2-3 : DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	8
TITRE 3 – GARANTIES	8
ARTICLE 3-1 : BENEFICIAIRES	8
ARTICLE 3-2 : AFFILIATION OBLIGATOIRE ET PRISE D'EFFET	9
ARTICLE 3-3 : AFFILIATION FACULTATIVE, PRISE D'EFFET ET RESILIATION	10
ARTICLE 3-4 : ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES	11
ARTICLE 3-5 : MONTANT DES GARANTIES.....	11
ARTICLE 3-6 : LIMITES ET EXCLUSIONS DES GARANTIES	11
ARTICLE 3-7 : REGLEMENT DES PRESTATIONS ET CONTROLE	12
ARTICLE 3-8 : ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES.....	13
ARTICLE 3-9 : DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL.....	13
ARTICLE 3-10 : CESSATION DE L’AFFILIATION	14
ARTICLE 3-11 : CESSATION DES GARANTIES	14
ARTICLE 3-12 : PORTABILITE DES DROITS.....	14
ARTICLE 3-13 : MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL.....	16
TITRE 4 – SERVICES DE TIERS PAYANT	17
ANNEXE 1 – DEFINITIONS	19
ANNEXE 2 TABLEAU DES GARANTIES	23
ANNEXE 3 LES PRESTATIONS GARANTIE ASSISTANCE	25

PREAMBULE

Par accord départemental du 1^{er} octobre 2009, les partenaires sociaux du département de l'Orne ont souhaité permettre à tous les salariés et apprentis des entreprises agricoles relevant des activités agricoles du département, définies ci-après :

- les entreprises d'horticulture ;
- les pépinières,

de bénéficier d'un régime complémentaire frais de santé.

Cet accord entré en vigueur au 1^{er} janvier 2010, a été modifié par plusieurs avenants, dont le dernier l'avenant n°4 du 17 décembre 2015 est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2016 pour les dispositions concernant la condition d'ancienneté et les taux de cotisations et au 1^{er} juillet 2016 pour les dispositions concernant le tableau des garanties.

Vous bénéficiez auprès d'AGRI PREVOYANCE d'un contrat collectif obligatoire souscrit par votre employeur vous garantissant une protection sociale complémentaire frais de santé conforme à cet accord.

La présente Notice d'information, remis par votre employeur, constitue un descriptif des garanties dont vous bénéficiez à compter du 1^{er} janvier 2017 au titre de ce contrat et de leurs modalités d'application.

La présente Notice d'Information se compose des titres et des annexes suivants :

- le Titre 1 vous présente les dispositions générales du contrat frais de santé ;
- le Titre 2 vous présente les cotisations ;
- le Titre 3 vous présente les dispositions relatives à vos garanties ;
- le Titre 4 vous présente les services de tiers payant ;

- l'Annexe 1 comprend les définitions relatives à vos garanties ;
- l'Annexe 2 comporte le tableau des garanties ;
- l'Annexe 3 vous présente les prestations de la garantie assistance.

TITRE 1 – DISPOSITIONS GENERALES DU CONTRAT

Article 1-1 : Objet du contrat

La présente notice d'information a pour objet de définir les garanties mises en place par les partenaires sociaux signataires de l'accord départemental du 1^{er} octobre 2009 et représentant les exploitations des branches spécialisées de l'horticulture et des pépinières du département de l'Orne. Ces garanties, qui ont été souscrites par votre employeur, ont pour objet de permettre **à l'ensemble des salariés** appartenant au groupe assuré de bénéficier du remboursement total ou partiel de leurs dépenses de santé, en complétant acte par acte les prestations versées par le régime de base obligatoire, **dans la limite des frais réellement engagés**.

Article 1-2 : Durée du contrat

Le contrat souscrit par votre employeur expire le 31 décembre de son année de souscription et se renouvelle ensuite, le 1^{er} janvier de chaque année, par tacite reconduction.

Article 1-3 : Modularité du contrat

Le contrat s'articule autour d'un socle conventionnel obligatoire auquel peut s'adosser une extension famille :

- **Socle conventionnel obligatoire** : il correspond au niveau de la garantie définie par l'accord départemental précisé à l'article 1-1 de la présente notice et constitue une couverture complémentaire **obligatoire** pour tous les salariés appartenant au groupe assuré ;

- **Extension famille** : elle constitue une extension de vos garanties obligatoires et optionnelles au bénéfice de vos ayants droit, tels que définis à l'annexe 1 de la présente notice. Elle est à affiliation facultative pour chaque salarié.

Article 1-4 : Organismes assureurs

Les garanties du contrat sont assurées par :

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

AGRI PREVOYANCE soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe 61 rue Taitbout, 75009 PARIS.

La garantie assistance est assurée par un organisme assureur régi par le Code des assurances dont le nom et les coordonnées figurent à l'annexe 3 de la présente notice.

Article 1-5 : Délégation de gestion

La gestion administrative des adhésions, des affiliations et du recouvrement des cotisations de la garantie obligatoire et la garantie facultative extension famille ainsi que la gestion du paiement de toutes les prestations afférentes au présent contrat pour les entreprises de la métropole sont déléguées à la caisse de Mutualité Sociale Agricole (MSA) dont vous relevez.

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 disposent d'un recours contre l'auteur responsable de cet accident ou de son assureur afin d'obtenir le remboursement de ces prestations.

Vous devez alors déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident le nom d'AGRI PREVOYANCE en tant que tiers payeur des prestations.

Vous devez également informer votre médecin et les autres professionnels de santé que vous consultez à la suite d'un accident causé par un tiers. Ils préciseront « accident causé par un tiers » sur les feuilles de soins papier ou électroniques et indiqueront la date de l'accident.

Article 1-7 : Répétition de l'indu

Conformément aux articles 1235 et 1376 du Code civil, toute prestation indûment versée fera l'objet d'une demande de restitution par l'Institution.

Article 1-8 : 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 2 ans en ce qui concerne l'appel de cotisations et les prestations afférentes au contrat.

Toutefois ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où AGRI PREVOYANCE 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 AGRI PREVOYANCE 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 AGRI PREVOYANCE à l'entreprise adhérente en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant à AGRI PREVOYANCE en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Article 1-9 : Fausse déclaration

Les déclarations faites tant par votre employeur que par vous-même servent de base à la garantie.

AGRI PREVOYANCE peut opérer une vérification des données ainsi communiquées.

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

Les cotisations payées demeurent acquises à AGRI PREVOYANCE.

Article 1-10 : Informatique et libertés

Les informations vous concernant vous et vos ayants droit sont recueillies et destinées aux services de l'Institution, à ses mandataires dont la MSA, au(x) intermédiaire(s), réassureur(s), 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 à AGRI PREVOYANCE – Correspondant Informatiques et Libertés, 21 rue de la Bienfaisance, 75382 Paris cedex 08 ou par courriel à l'adresse suivante «cnil.blf@groupagric.com».

Article 1-11 : Réclamations - Médiation

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

- soit par courrier à AGRI PREVOYANCE - Service Réclamations, 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 « Une question, contactez-nous » puis, en précisant le sujet de votre demande « Faire une réclamation ».

Afin que votre demande soit traitée dans les plus brefs délais, vous devez préciser votre code client et le domaine concerné (santé).

Dès lors, AGRI PREVOYANCE vous adresse un accusé de réception dans les 10 jours suivants 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 de la protection sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance-CTIP) :

- soit en adressant un courrier au siège du CTIP situé 10 rue Cambacérès, 75008 Paris ;
- soit par voie électronique sur le site internet du CTIP, www.ctip.asso.fr, en cliquant sur la rubrique « Médiateur de la protection sociale », puis en complétant le formulaire de saisine en ligne.

Article 1-12 : Vos obligations

Vous vous obligez :

- à accepter le précompte des cotisations et le cas échéant le règlement de l'extension famille et/ou des garanties optionnelles ;
- à fournir à AGRI PREVOYANCE et à votre caisse de MSA les renseignements nécessaires à l'établissement de vos droits et obligations, soit par l'intermédiaire de votre employeur, soit directement en cas de maintien des garanties sous forme de contrat individuel dans les conditions prévues à l'article 3-13 ;
- à transmettre à votre caisse de MSA le bulletin d'affiliation dûment complété et signé, accompagné des pièces justificatives.

TITRE 2 – COTISATIONS

Article 2-1 : Structure tarifaire

Les garanties du présent contrat vous sont accordées, ainsi qu'éventuellement à vos ayants droit, moyennant le paiement d'une cotisation selon la structure tarifaire suivante appliquée par votre employeur :

- « **isolé/famille facultative** » : une cotisation obligatoire vous couvrant, et en cas de demande d'extension des garanties, une cotisation additionnelle facultative et unique couvrant l'ensemble de vos ayants droit.

Article 2-2 : Montant des cotisations

Les garanties du contrat vous sont accordées (ainsi qu'à vos ayants droit, le cas échéant) moyennant le paiement de cotisations fixées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS).

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

Les cotisations sont dues dans leur intégralité pour tout mois commencé, notamment en cas d'affiliation en cours de mois, de suspension ou de rupture de votre contrat de travail en cours de mois.

2-2-1- Garanties obligatoires souscrites par votre entreprise (socle conventionnel)

Les garanties obligatoires sont accordées moyennant une cotisation répartie entre l'employeur et vous-même. Dans ce cas, votre part de cotisation est directement précomptée mensuellement sur votre fiche de paie par votre employeur qui a la responsabilité du versement total des cotisations.

Le montant des cotisations est fixée en pourcentage du plafond mensuel de Sécurité sociale (PMSS), et s'élève à :

1,85% du PMSS réparti comme suit :

- 0,925% à la charge de votre employeur ;
- 0,925% à votre charge.

2-2-2- Extension des garanties au profit de vos ayants droit

Cette garantie facultative vous est accordée moyennant le paiement de l'intégralité de la cotisation additionnelle par vous-même. Cette cotisation est prélevée selon les mêmes conditions que les garanties obligatoires.

L'extension des garanties du socle conventionnel est accordée au bénéfice de vos ayants droit moyennant une seule cotisation additionnelle, en pourcentage du PMSS, égale à :

- **+2,68% du PMSS** pour l'extension famille.

Article 2-3 : Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement des cotisations dans le délai imparti par l'entreprise adhérente, conformément à l'article L.932-9 du Code de la Sécurité sociale, il sera fait application de majorations de retard selon les mêmes modalités que celles applicables aux cotisations d'Assurances Sociales Agricoles.

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

À défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance et indépendamment du droit pour AGRI PREVOYANCE d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de l'entreprise adhérente et de poursuivre en justice l'exécution du contrat, la garantie peut être suspendue par AGRI PREVOYANCE 30 jours après la mise en demeure de l'entreprise adhérente.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'entreprise adhérente, la caisse de MSA informe celle-ci des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

AGRI PREVOYANCE le droit de résilier le contrat 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours précité.

Le contrat non résilié reprend effet à midi, le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

TITRE 3 – GARANTIES

Article 3-1 : Bénéficiaires

Les bénéficiaires de la présente garantie sont les suivants :

- 1. Vous-même en tant que salarié** dès lors que vous justifiez d'au moins 3 mois d'ancienneté ;
- 2. Vos ayants droit, sous réserve que vous ayez demandé l'extension famille de votre assurance complémentaire frais de santé, à savoir :**
 - **Votre conjoint** non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée, exerçant ou non une activité professionnelle.

Sont assimilés au conjoint :

- **votre cocontractant d'un PACS** : est assimilé au conjoint, la personne avec laquelle vous avez conclu un Pacte Civil de Solidarité, conformément aux dispositions de l'article 515-1 et suivant du Code Civil.
- **votre concubin**, c'est-à-dire la 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'au moins un enfant est né ou à naître de l'union ou a été adopté.

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

➤ **Vos enfants à charge :**

Par « **enfants** », il faut entendre :

- vos enfants dont la filiation est légalement établie, y compris adoptive ;
- les enfants que vous avez élevés pendant neuf ans au moins avant leur 16^{ème} anniversaire ;
- les enfants recueillis par vous-même et pour lesquels la qualité de tuteur vous est reconnue.

Sont considérés comme « **enfants à charge** » :

- tous les enfants âgés de moins de 18 ans ;
- tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils sont étudiants, sous contrat d'alternance (apprentissage ou professionnalisation), ou demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi et non indemnisés au titre de l'assurance chômage ;
- tous les enfants invalides au sens de la législation sociale, quel que soit leur âge, à condition que leur état d'invalidité ait été constaté avant leur 21^{ème} anniversaire.

Article 3-2 : Affiliation obligatoire et prise d'effet

3-2-1 - Principe : affiliation obligatoire

Sous réserve de remplir les conditions prévues à l'article 3-1, vous devez être obligatoirement affilié au contrat collectif souscrit par votre entreprise

Votre affiliation et votre admission à ce contrat collectif prend effet :

- à la date de prise d'effet de l'adhésion de votre entreprise au contrat, lorsque vous êtes inscrit sur les registres du personnel et que vous faites partie du groupe assuré ;
- à la date de votre embauche en tant que salarié non cadre, lorsque vous êtes engagé postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion de votre entreprise au contrat.

3-2-2 – Dérogation : cas de dispense d'affiliation

Par dérogation au principe d'affiliation obligatoire, vous pouvez choisir de ne pas être affilié aux garanties mises en place à titre obligatoire dans l'entreprise dès lors que vous vous trouvez dans l'une des situations prévues par l'Accord collectif dont relève votre entreprise ou dans un des cas de dispenses d'ordre public prévus par les textes législatifs et réglementaires.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur **demande écrite de votre part adressée à votre employeur, qui en informe votre caisse de MSA. Cette demande prendra effet à compter du 1^{er} jour du mois qui suit sa réception par votre caisse de MSA.** Pour ce faire, vous devez compléter le formulaire de demande type mis à disposition par votre employeur prenant la forme d'une déclaration sur l'honneur. Vous devez par ailleurs indiquer dans votre demande de dispense que votre employeur vous a préalablement 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 pouvez pas bénéficier ni des prestations, ni du droit à portabilité.

Dans tous ces cas, votre **demande de dispense d'affiliation** doit être **accompagnée des justificatifs attestant de votre situation.**

Vous devrez produire chaque année ces justificatifs à votre employeur.

A défaut de remise, vous serez affilié à la garantie 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 à ce contrat à compter du premier jour du mois civil suivant.

Cas particulier du salarié à employeurs multiples : si vous travaillez régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs, vous cotisez au présent régime chez l'employeur auprès duquel vous avez acquis l'ancienneté la plus significative, et vous demandez à être dispensé auprès des autres.

Article 3-3 : Affiliation facultative, prise d'effet et résiliation

3-3-1 – Affiliation de vos ayants droit : extension famille

Vous pouvez demander l'extension famille de vos garanties à AGRI PREVOYANCE :

- au moment de votre affiliation au socle conventionnel. Vos ayants droit sont alors admis dans l'assurance en même temps que vous-même ;
- en cours d'année, dans les 30 jours qui suivent l'évènement en cas de changement dans votre situation familiale ou de modification dans la situation professionnelle de votre conjoint, tel que défini à l'annexe 1 de la présente notice. Vos ayants droit sont alors admis dans l'assurance à compter du 1^{er} jour du mois civil de l'évènement ;
- annuellement, au plus tard le 30 novembre de chaque année. Vos ayants droit sont alors admis dans l'assurance à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

Cette demande doit être formalisée par un bulletin d'affiliation dûment complété.

Lors de toute modification dans votre situation familiale, vous devrez remplir et signer un bulletin de modification.

3-3-2 – Résiliation de l'extension famille

Vous avez la faculté de résilier l'extension famille :

- annuellement, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à AGRI PREVOYANCE, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La résiliation prend alors effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.
- en cours d'année, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à AGRI PREVOYANCE, dans les 30 jours qui suivent l'évènement, en cas de changement dans votre situation familiale ou de la modification de la situation professionnelle de

votre conjoint. La résiliation prend alors effet à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit l'évènement.

En cas de résiliation, toute nouvelle demande d'affiliation à l'extension famille, ne peut intervenir au plus tôt qu'à l'expiration d'un délai de deux ans.

Il ne sera dérogé à cette durée de deux ans qu'en cas de changement de situation familiale ou de modification de situation professionnelle de votre conjoint.

Article 3-4 : Entrée en vigueur des garanties

Les garanties entrent en vigueur immédiatement, dès la prise d'effet de votre affiliation et le cas échéant celles de vos ayants droit, conformément aux dispositions des articles 2-1 et 3-2 de la présente notice.

Votre affiliation ainsi que celle de vos ayants droit s'effectue sans questionnaire et sans examen médical préalable.

Article 3-5 : Montant des garanties

Le contrat frais de santé 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 remboursements seront révisés dans les conditions et délais fixés par les textes.

Les remboursements garantis par le contrat s'effectuent, poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la Classification Commune des Actes Médicaux, en complément des prestations servies par le régime de base de la Sécurité sociale et **dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues au tableau des garanties figurant à l'annexe 2 à la présente notice.**

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

Les prestations optiques «équipement, verres et monture» sont limitées à un équipement (2 verres et une monture) toutes les 2 années décomptées à partir de la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai est réduit à un an en cas d'évolution de la vue ou pour les enfants âgés de moins de 18 ans.

Article 3-6 : Limites et exclusions des garanties

De manière générale, ne sont pas pris en charge :

- **les frais engagés au titre d'actes exécutés avant la prise d'effet ou après la cessation des garanties ;**
- **les frais de santé résultant d'actes qui, bien qu'inscrits à la nomenclature des actes professionnels, ne sont pas pris en charge par le régime de base, sauf exceptions prévues aux tableaux des garanties figurant à l'annexe 2 à la présente notice ;**
- **les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale.**

Article 3-7 : Règlement des prestations et contrôle

3-7-1 - Règlement des prestations

Vos prestations sont réglées **directement par votre Caisse de Mutualité Sociale Agricole (MSA)**, seul interlocuteur pour le remboursement de la part complémentaire de vos frais de santé.

Vous pouvez utiliser votre Carte Vitale pour bénéficier du tiers payant pharmaceutique, après l'avoir mise à jour sur la borne Vitale la plus proche de votre domicile. L'utilisation par le professionnel de santé de la Carte Vitale permet le paiement des prestations de base et des prestations complémentaires.

En cas d'hospitalisation, l'établissement hospitalier peut également demander à votre caisse de MSA l'envoi d'une prise en charge pour un règlement direct à l'établissement.

Pour les frais de prothèses dentaires et d'optique, vous devez adresser une facture détaillée à votre caisse de MSA.

En cas de non utilisation de la Carte Vitale les démarches pour obtenir vos remboursements sont les suivantes :

1- pour vous-même, votre conjoint, concubin, vos enfants qui figurent sur votre carte d'assuré social :

1. Envoyez votre/leur feuille de soins à votre caisse de MSA ;
2. Vous recevrez sur un même décompte le remboursement de base de la MSA et le remboursement complémentaire d'AGRI PREVOYANCE.

2- pour votre conjoint/concubin, vos enfants affiliés à la MSA et qui possèdent leur propre carte d'assuré social :

1. Notez en plus sur la feuille de soins votre numéro de Sécurité sociale ;
2. Envoyez leur feuille de soins à votre caisse de Mutualité Sociale Agricole.

3- pour votre conjoint/concubin et vos enfants à charge affiliés aux autres régimes de Sécurité Sociale que la MSA (Sécurité sociale, Sécurité sociale étudiante, autres régimes de base)

Un système d'échange d'informations entre la MSA et autres régimes de base obligatoires (CPAM, etc...) permet à votre caisse de MSA d'effectuer le remboursement complémentaire sans intervention de votre part.

Pour les cas où ce système ne serait pas encore mis en place :

1. Envoyez la feuille de soins au régime concerné ;
2. Envoyez ensuite le décompte du remboursement obtenu au titre du régime de base de votre ayant droit à votre caisse de MSA en notant en plus votre numéro de Sécurité sociale ;
3. Le remboursement complémentaire vous sera alors versé.

3-7-2 - Contrôle

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

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

Article 3-8 : Etendue territoriale des garanties

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

Par exception, les prestations visées au présent contrat, et pour lesquelles il n'y a pas de prise en charge au titre du régime de base de Sécurité sociale français, ne sont prises en charge qu'à condition d'avoir été effectuées en France.

Article 3-9 : Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

En cas de suspension de votre contrat de travail d'une durée supérieure à 1 mois civil d'arrêt complet, votre affiliation pourra être maintenue dans les cas suivants :

1 - En cas de suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à 1 mois civil, avec un maintien de salaire total ou partiel ou versement d'indemnités journalières complémentaires

Les garanties vous sont maintenues et, le cas échéant à vos ayants droit couverts à titre obligatoire, pour tout mois civil complet d'absence, à compter du 1^{er} jour du mois qui suit l'arrêt total et continu de travail pour cause de maladie ou d'accident d'origine professionnelle ou non, ou de maternité sans versement de cotisations.

Ce maintien s'effectue, tant que dure le maintien de salaire total ou partiel ainsi que le versement d'indemnités journalières complémentaires.

2 – En cas de suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à 1 mois civil, sans versement de salaire total ou partiel par l'entreprise adhérente ni versement d'indemnités journalières complémentaires

En l'absence de versement de salaire par l'entreprise adhérente, s'agissant des participants en congé prévu par les dispositions légales, notamment l'un des cas ci-dessous :

- congé sans solde,
- congé sabbatique,
- congé parental d'éducation à plein temps,
- congé pour création d'entreprise,
- congé de solidarité internationale,
- congé de solidarité familiale,
- congé de formation,
- congé d'enseignement ou de recherche,

Les garanties obligatoires vous sont moyennant le paiement intégral par vous-même de l'ensemble des cotisations (part patronale et part salariale).

Pour être recevable, la demande de maintien doit parvenir à AGRI PREVOYANCE au plus tard 1 mois après la cessation de votre affiliation au contrat.

Votre entreprise doit pour cela informer AGRI PREVOYANCE en communiquant vos nom, prénom, numéro de Sécurité sociale, la date et le motif de la suspension de votre contrat de travail.

En l'absence de demande de maintien, vos garanties cessent le dernier jour du mois civil pour lequel la cotisation a été versée par votre entreprise.

A défaut d'information auprès d'AGRI PREVOYANCE par votre entreprise concernant votre situation de suspension de contrat de travail, le versement de prestations complémentaires frais de santé durant cette période impliquera le paiement intégral des cotisations correspondantes par votre employeur et vous-même.

Article 3-10 : Cessation de l'affiliation

3-10-1 – Pour vous-même

Votre affiliation au contrat cesse :

- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir au groupe assuré ;
- à la date de rupture de votre contrat de travail, étant précisé que si vous bénéficiez des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi/Retraite, il s'agit de la date de rupture de votre contrat de travail au titre votre activité cumulée avec votre retraite. A cette date, vous pourrez, sur demande expresse, contracter aux conditions de souscription et aux tarifs en vigueur, un contrat proposé à titre individuel dans les conditions définies à l'article 3-13 de la présente notice ;

3-10-2 - Pour vos ayants droit

Outre le cas de résiliation prévu à l'article 3-3 de la présente notice, l'affiliation de vos ayants droit prend fin :

- dès que vous cessez d'être au service de votre entreprise, pour quelque cause que ce soit,
- dès qu'ils perdent la qualité d'ayant droit, tel que défini à l'article 3-1 de la présente notice.

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

Dans tous ces cas, **pensez à prévenir votre caisse de MSA, et retournez-lui la carte de tiers payant papier de votre garantie frais de santé.**

Article 3-11 : Cessation des garanties

Les garanties cessent à la fin du mois au cours duquel intervient :

- la cessation de votre affiliation et/ou celle de vos ayants droit dans les conditions prévues à l'article 3-10 de la présente notice d'information ;
- la résiliation du contrat d'assurance par l'entreprise adhérente ou par AGRI PREVOYANCE.

Article 3-12 : Portabilité des droits

En cas de cessation de votre contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, vous pouvez bénéficier du maintien des garanties frais de santé prévue 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 date d'effet du contrat souscrit par votre employeur.

L'entreprise disposant préalablement à l'entrée en vigueur du présent contrat, d'une garantie frais de santé doit, dans un délai de trente jours suivant la souscription du contrat, informer votre caisse de MSA de l'existence des anciens salariés susceptibles d'ouvrir droit à la portabilité au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Le bénéfice du maintien 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.

3-12-1 - Bénéficiaires

Vous pouvez continuer à bénéficier de la garantie frais de santé, qui vous couvrait en tant qu'actif, lorsque votre contrat de travail a été rompu et que vous remplissez les conditions suivantes :

- ouvrir droit à indemnisation par le régime de l'assurance chômage ;
- avoir été affilié et ouvrir droit à la garantie frais de santé avant la rupture de leur contrat de travail.

Le bénéfice de cette couverture est étendu à vos ayants droits s'ils étaient déjà couverts avant la rupture de votre contrat de travail.

3-12-2 – Ouverture et durée des droits à portabilité

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

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

3-12-3 – Obligations de l'entreprise adhérente

Votre entreprise doit informer votre caisse de MSA de la cessation de votre contrat de travail et si vous êtes susceptible d'ouvrir droit à la portabilité de la garantie frais de santé.

3-12-4 – Obligations de l'ancien salarié

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

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

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

Vous devez informer votre caisse de MSA de la cessation du versement des allocations chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité.

3-12-5 - Prestations

Les prestations qui vous sont accordées 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 votre période de portabilité vous est applicable.

3-12-6 – Cessation de la portabilité

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

- à la fin de la durée de maintien à laquelle vous avez droit si elle est inférieure à 12 mois ;
- à la date à laquelle vous reprenez une activité professionnelle ;
- à la date de cessation du versement des allocations chômage ;
- à la fin du mois au cours duquel vous décédez ;
- en cas de résiliation du présent contrat par votre entreprise.

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

Article 3-13 : Maintien des garanties sous forme de contrat individuel

3-13-1 – En cas de rupture du contrat de travail

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

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

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à AGRI PREVOYANCE au plus tard six mois après la date de cessation des garanties du contrat.

Les garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du présent contrat collectif, sous réserve du paiement par vos soins des cotisations depuis cette date. A défaut, les garanties entrent en vigueur au lendemain de la demande d'adhésion.

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

3-13-2 – En cas de décès

En cas de décès, en application de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite **loi « Evin »**, AGRI PREVOYANCE proposera à vos ayants droit couverts avant votre décès, dans les 2 mois suivant la date de cessation des garanties, le maintien de leur couverture correspondant au niveau des garanties et à la structure tarifaire choisies à titre obligatoire par votre entreprise dans le cadre d'une adhésion à un **contrat individuel**, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire.

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

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

Les garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du présent contrat collectif, sous réserve du paiement des cotisations depuis cette date. A défaut, les garanties entrent en vigueur au lendemain de la demande d'adhésion.

Ces garanties sont maintenues pendant une durée minimale de douze mois à compter de votre décès.

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

TITRE 4 – SERVICES DE TIERS PAYANT

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

❶ 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 la Mutualité Sociale Agricole 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 obligatoire et complémentaire par votre caisse de Mutualité Sociale Agricole.

Entrent dans le cadre de la dispense d'avance, tous les produits pharmaceutiques, médicalement prescrits, dont la prise en charge par la Mutualité Sociale Agricole – 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 la Mutualité Sociale Agricole qui doivent être réglés intégralement au pharmacien.

Votre caisse de Mutualité Sociale Agricole porte les droits complémentaires sur votre carte Vitale, ce qui vous dispense dans la plupart des cas de présenter la carte de tiers payant (sous forme papier) délivrée par votre caisse.

La carte de tiers payant devra être restituée à l'Institution dans les circonstances suivantes :

- en cas de résiliation du contrat, suite à la dénonciation de l'Accord collectif 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 de la Mutualité Sociale Agricole obligatoire dont vous relevez ;
- et en tout état de cause en cas de départ de l'entreprise.

La caisse de MSA 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 AGRI PREVOYANCE, les caisses de la Mutualité Sociale Agricole et d'autres 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 Mutualité Sociale Agricole 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 Mutualité Sociale Agricole, 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 la Mutualité Sociale Agricole,
- bénéficier d'accord de tiers payant avec les caisses de Mutualité Sociale Agricole, tant pour les frais de séjour que pour les honoraires.

- Formalités administratives

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

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.

ANNEXE 1 – DEFINITIONS

ACCIDENT : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et imprévisible.

AN (PAR AN) : La mention « par an » utilisée dans le libellé des dispositions contractuelles signifie « par année civile » (sauf pour les garanties optiques).

AUXILIAIRES MÉDICAUX : Professionnels paramédicaux (à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues,...) dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par le Régime obligatoire de protection sociale.

BASE DE REMBOURSEMENT DE SECURITE SOCIALE (BR) : Tarif servant de référence au Régime obligatoire de protection sociale pour déterminer le montant de son remboursement. On distingue :

- le Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- le Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au Tarif de convention.
- le Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Il est précisé que lorsque les frais sont engagés à l'étranger, le remboursement de l'Institution est déterminé en fonction de la base de remboursement de la Mutualité Sociale Agricole.

CHANGEMENT DE SITUATION FAMILIALE

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

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

En cas d'adoption, de séparation de corps ou de divorce, la date de l'évènement à prendre en compte est celle du prononcé du jugement.

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

CONTRAT D'ACCES AUX SOINS (CAS) : contrat négocié au niveau national entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins signataires de la Convention médicale de 2011 visant à modérer les dépassements d'honoraires.

CONTRAT « RESPONSABLE »

Contrat complémentaire santé qui s'inscrit dans le dispositif institué par la Loi n°2004-801 du 13 août 2004 et qui notamment, encourage le respect du parcours de soins coordonnés (qui repose lui-même sur le choix d'un médecin traitant).

CONTRAT « SOLIDAIRE »

Contrat santé dont les cotisations ne sont pas déterminées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

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 (CAS ou OPTAM/OPTAM-CO).

DEVIS

• Devis établis par les professionnels de santé

Document établi par les professionnels de santé, présentant les soins ou les prestations proposés et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

• Devis établi par le délégataire au titre du présent contrat

Calcul par l'Institution, des éventuelles prestations en nature du Régime obligatoire de protection sociale et du remboursement dû au titre du présent contrat, permettant au participant de déterminer le montant des frais restant à sa charge pour les postes Optique et Dentaire.

FORFAIT « ACTES LOURDS »

Participation forfaitaire de 18€ qui n'est pas 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.

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 REELS

Pour l'application des dispositions du présent contrat, ce terme 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 calcule le montant de sa prestation en fonction du montant des frais réellement engagés pour les frais ou actes considérés et du montant des prestations en nature servies à ce titre par le Régime obligatoire de protection sociale. Toutefois, pour déterminer le montant de la prestation qu'elle doit effectivement verser, l'Institution tiendra également compte de l'application éventuelle de franchises, participations forfaitaires d'1 euro ainsi qu'en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés, de l'application éventuelle de dépassements 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

obligatoire de protection sociale et que la législation sur les complémentaires santé « responsables » lui interdit de prendre en charge.

FRAIS DE SANTE

Frais médicaux, dentaires, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation engagés par un assuré.

HOSPITALISATION

Séjour dans un établissement hospitalier (public ou privé) consécutif à un accident ou à une maladie, à l'exclusion des séjours effectués en établissement psychiatrique. Les séjours en maternité d'une durée inférieure à 12 jours ne sont pas considérés comme une hospitalisation.

MALADIE

Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

MATERNITE

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

MEDECIN A ACCES DIRECT AUTORISE

Pour certains actes précisés relevant de leur spécialité, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients âgés entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés sans orientation préalable du médecin traitant tout en restant dans le parcours de soins coordonnés.

MEDECIN CORRESPONDANT

Médecin intervenant en coordination avec le médecin traitant. Il garantit le second niveau de recours au système de soins, notamment l'accès aux soins les plus spécialisés en répondant aux sollicitations du médecin traitant et en recevant les patients qui lui sont adressés dans des délais compatibles avec leur état de santé.

MEDECIN 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.

NOMENCLATURE

Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale et les conditions de leur remboursement.

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, en remplacement du CAS, 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.

ORTHODONTIE

Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes. Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations ou les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires grâce à des appareils dentaires.

PARCOURS DE SOINS COORDONNES

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.

Est considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui :

- a déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention ;
- consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », auquel elle a été adressée par son médecin traitant.

REGIME OBLIGATOIRE DE PROTECTION SOCIALE

Régime obligatoire de Sécurité sociale ou Mutualité sociale agricole ou tout autre régime spécial légalement obligatoire de garanties sociales de salariés, et éventuellement le régime de Sécurité sociale des travailleurs non salariés pour le conjoint, partenaire ou concubin du participant ou le régime de la Sécurité sociale des étudiants pour les enfants à charge.

TICKET MODERATEUR

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).

La participation forfaitaire, les franchises et les dépassements d'honoraires s'ajoutent éventuellement au ticket modérateur, l'ensemble de ces sommes étant laissées à la charge de l'assuré par le Régime obligatoire de protection sociale.

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 obligatoire de protection sociale et/ou les assureurs complémentaires « santé » pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient.

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.

Toutefois, si le participant souhaite obtenir des informations complémentaires, les organismes d'assurance maladie complémentaires réunis au sein de l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire) ont élaboré divers documents permettant de mieux comprendre les contrats complémentaire santé et notamment un glossaire définissant de façon détaillée les soins et prestations effectués par les professionnels de santé, les conditions et modalités de remboursement éventuel de ces soins et prestations par les Régimes obligatoires de protection sociale et/ou par les complémentaires santé.

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

<http://www.unocam.fr>

ANNEXE 2

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, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale.

Il répond également aux exigences du décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats responsables : prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier, planchers et plafonds pour les frais d'optiques, plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (CAS ou OPTAM/OPTAM-CO).

Nature des frais	Remboursement du régime de base Hors Alsace Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement Total Régime de base inclus
FRAIS MEDICAUX			
Honoraires de praticien : généralistes, spécialistes toutes spécialités	70% BR	30%	100%
Dépassement d'honoraires :	-		
• Médecins adhérents au DPTM ⁽⁶⁾	-	200%	200%
• Médecins non adhérents au DPTM ⁽⁶⁾ y.c. non conventionnés (remboursement sur la base du tarif d'autorité)	-	100%	100%
Auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60% BR	40%	100%
Analyses, examens de laboratoire	de 60% à 100% BR	0 à 40%	100%
Radiologie ⁽¹⁾ , électroradiographie ⁽¹⁾ , imagerie médicale ⁽¹⁾ et ostéodensitométrie ⁽¹⁾	70% BR	30%	100%
Actes de prévention ⁽²⁾	de 35% à 70% BR	30 à 65%	100%
Autres actes techniques ⁽¹⁾	70% BR	30%	100%
Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie,	-	23€/consultation limité à 4/an/famille	23€/consultation limité à 4/an/famille
PHARMACIE			
Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65% BR	35%	100%
Médicaments à service médical rendu "modéré"	30% BR	70%	100%
Médicaments à service médical rendu "faible"	15% BR	85%	100%
Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	40€/an/famille	40€/an/famille
Vaccins non remboursés par le régime de base	-	40€/an/famille	40€/an/famille
HOSPITALISATION (y compris psychiatrie)			
Frais de soins et de séjour	80% ou 100% BR	0 à 20%	100%
Honoraires	80% ou 100% BR	0 à 20%	100%
Dépassement d'honoraires :			
• Médecins adhérents au DPTM ⁽⁶⁾	-	380 à 400% (200% en maternité)	380% à 400% (200% en maternité)
• Médecins non adhérents au DPTM ⁽⁶⁾ y.c. non conventionnés (remboursement sur la base du tarif d'autorité)	-	100%	100%
Forfait journalier hospitalier	-	FR	FR
Chambre particulière (par jour/an/bénéficiaire)	-	78€/j limité à 60j/an puis 25€/jour et pour maternité 52€/jour sans limite	78€/j limité à 60j/an puis 25€ / jour et pour maternité 52€/ jour sans limite
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	-	52€/j limité à 30j/an	52€/j limité à 30j/an
Maternité (3)	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS

Nature des frais	Remboursement du régime de base Hors Alsace Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement Total Régime de base inclus
OPTIQUE			
Monture, verres : Un équipement tous les 2 ans (à compter de la date d'acquisition) sauf pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue. Maxi 150€ pour la monture.			
Equipelement : verres unifocaux ⁽⁴⁾ + monture	60% BR	340 €	60% + 340 €
Equipelement : verres mixtes ⁽⁴⁾ + monture	60% BR	430 €	60% + 430 €
Equipelement : verres multifocaux ⁽⁴⁾ + monture	60% BR	520 €	60% + 520 €
Lentilles remboursées par le régime de base	60% BR	40% + 175€/an	100% + 175€/an
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	175€/an	175€/an
DENTAIRE			
Frais de soins	70% BR	30%	100%
Honoraires	70% BR	30%	100%
Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (y compris couronne implanto-portée)	70% BR	340%	410% + crédit de 100€ / an / bénéficiaire
Inlays Onlays	70% BR	100%	170%
Orthodontie remboursée par le régime de base	70% ou 100% BR	280% ou 250%	350%
Implantologie (hors couronne implanto-portée)	-	200€/an	200€/an
Parodontologie	-	100€/an	100€/an
APPAREILLAGE			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	60% ou 100%	405 à 440%	465 à 500%
Prothèses auditives remboursées par le régime de base	60% BR	395%+crédit 350€ /oreille tous les 3 ans	455%+crédit 350€ /oreille tous les 3 ans
CURES THERMALES			
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux ⁽¹⁾ , transport, hébergement, surveillance	65% ou 70% BR	30 à 35%	100%
Forfait thermal complémentaire	frais balnéaires acceptés	150€/an	150€/an
DIVERS			
Transports remboursés par le régime de base	65%	35%	100%
Forfait actes lourds ⁽⁵⁾	-	FR	FR

(1) Pour les éventuels dépassements, se référer aux Dépassements Frais médicaux..

(2) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information liste annexée ci-dessous à la date du 18/11/2014) : scellement des sillons avant 14 ans ; détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; bilan du langage avant 14 ans ; Dépistage fr l'hépatite B ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; vaccinations (diphthérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge);

(3) Dans la limite des frais réellement engagés.

(4) Verres unifocaux :

- Verres unifocaux simples (catégorie a) : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et/ou dont le cylindre est inférieur ou égal +4,00 dioptries
- Verres unifocaux complexes (catégorie c) : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;

Verres mixtes : un verre simple et un verre complexe, un verre simple et un verre très complexe, un verre complexe et un verre très complexe.

Verres multifocaux :

- Verres multifocaux complexes (catégorie c) et très complexes (catégorie f : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries).

(5) Forfait acte lourd : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18€ en 2015). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120€.

(6) 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 (CAS ou OPTAM/OPTAM-Co).

ANNEXE 3

LES PRESTATIONS GARANTIE ASSISTANCE

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

GARANTIES	Services d'assistance
SOINS COURANTS	
Honoraires de généralistes et spécialistes	Information par téléphone sur les adresses proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin
Honoraires de médecine douce 4 pratiques médicales : acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie	-
Analyses biologiques, Auxiliaires médicaux, Radiologie et Actes techniques	Information par téléphone sur les laboratoires et centres de radiologie proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin
Pharmacie de 15 à 65%	4 portages de médicaments à domicile en cas d'immobilisation de plus de 5 jours
Pharmacie sur prescription non prise en charge par le régime de base	-
Vaccins non pris en charge par le régime de Base	Information sur le calendrier des vaccins
PROTHESES	
Prothèses et appareillage (dont orthopédie) Part obligatoire 65% BR	Informations par téléphone pour trouver le matériel. Organisation de la livraison
Part obligatoire 100% BR Prothèses auditives	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une prothèse de remplacement en cas de perte
OPTIQUE	
Forfait montures + lentilles	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une paire de lunettes de remplacement en cas de perte. Service d'analyse et de conseil sur les devis optique.
Forfait verres unifocaux	
Forfait verres progressifs et multifocaux	
Forfait optique	
DENTAIRE	
Soins dentaires remboursés par le Régime de Base (y compris inlays/onlays)	Service d'analyse et de conseil sur les devis dentaire.
Prothèses dentaires (hors couronnes implantoportées)	
Inlays core et inlay core à clavettes	
parodontologie	
implantologie (pilier/tige/couronne)	
Orthodontie acceptée par le Régime de Base	
HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE	
Frais de séjour	-
Honoraires	
Forfait journalier	
Chambre particulière	Remboursement complémentaire d'un éventuel reliquat sur les frais de lit d'accompagnant et de télévision Remboursement des frais de transfert du téléphone du domicile sur celui de la chambre
Frais de lit d'accompagnant	
Forfait confort : prise en charge des frais de télévision et de téléphone	
MATERNITE	
Honoraires	Information par téléphone sur la santé, vie quotidienne, diététique, hygiène, vaccins. Orientation vers organismes spécialisés
Chambre particulière	
PSYCHIATRIE	
Frais de séjour	-
Honoraires	
Forfait journalier	
POLYVALENTS	
Transport pris en charge sur prescription (sauf transport cure thermale)	Communication d'adresses d'ambulanciers et organisation de la course
Forfait actes lourds « 18 euros »	-
Forfait de confort en cas d'hospitalisation à domicile accepté par le Régime de Base (HAD)	Communication d'adresses de prestataires à domicile. Organisation et prise en charge de 20 jours de prestations de service dans la limite de 30 heures/an/contrat
Cures thermales : frais balnéaires acceptés	-

NB : les prestations des services assistance sont exprimées « à concurrence de ».

Les services d'assistance

Les prestations des services d'assistance sont exprimées « à concurrence de »

Garanties d'assistance intégrées	ASSISTANCE
AIDE A LA VIE QUOTIDIENNE	
Permanence médicale	inclus
Informations pratiques par téléphone	inclus
Informations et organisation de téléassistance	inclus
EN CAS D'IMMOBILISATION DU BENEFICIAIRE AU DOMICILE	
	(d'au moins 5 jours)
Garde des enfants mineurs de moins de 16 ans Assistance maternelle	30h
Garde des ascendants Recherche et prise en charge d'une personne qualifiée	30h
Aide ménagère	30h
Garde d'animaux domestiques	150€
Organisation de la venue d'un proche	inclus
EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE D'UN BENEFICIAIRE	
	(d'au moins 2 jours)
Réservation d'un lit en milieu hospitalier	Inclus
Prise en charge d'un lit accompagnant	
Garde des enfants mineurs de moins de 16 ans Assistance maternelle	30h
Garde des ascendants Recherche et prise en charge d'une personne qualifiée	30h
Aide ménagère	30h
Garde d'animaux domestiques	150€
Transmission de messages urgents	Inclus
Soutien psychologique	6 entretiens
ASSISTANCE EN CAS DE MALADIE D'UN ENFANT	
	(d'au moins 3 jours)
Garde d'enfant malade	Plafond 10h/jour Maximum 2 fois/an/enfant
Répétiteur scolaire	Plafond 10h/semaine si nécessaire jusqu'à la fin de l'année scolaire
ASSISTANCE EN CAS DE DECES D'UN BENEFICIAIRE	
Aide à domicile en cas de décès pour effectuer les formalités administratives	4h
Rapatriement de corps si décès à plus de 50 km du domicile	6 000 €
Garde des enfants mineurs de moins de 16 ans Assistance maternelle	30h
Garde des ascendants Recherche et prise en charge d'une personne qualifiée	30h
Aide ménagère pour le conjoint survivant	30h
Garde d'animaux domestiques	150€
Soutien psychologique	6 entretiens
ASSISTANCE EN CAS DE LONGUE MALADIE D'UN PARENT, DECES D'UN PARENT, MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE REPETITEUR SCOLAIRE POUR PLUS DE 3 MOIS, DIVORCE DES PARENTS ENTRAINANT LE REDOUBLEMENT DE L'ENFANT	
	Bilan orientation scolaire de l'enfant
ASSISTANCE EN CAS DE DEPLACEMENT PROFESSIONNEL	
	- Rapatriement médical (illimité) - Rapatriement de corps - Venue d'un collaborateur de remplacement

Conditions Générales de la garantie Assistance

Article 1^{er} – Dispositions générales de la garantie Assistance

1. Objet de l'assistance

La garantie assistance assurée par MUTUAIDE ASSISTANCE (entreprise régie par le Code des assurances située 8, avenue des Frères Lumière 94366 Bry-sur-Marne) est proposée en inclusion de la garantie Frais de santé. Elle comprend un ensemble de prestations mises en œuvre :

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

2. Bénéficiaires

- vous-même en tant que salarié couvert par la présente garantie frais de santé ;
- vos ayants droit tels que définis à l'article 1-12 de la présente notice d'information.

3. Début et fin de la garantie

La garantie entre en vigueur dès la prise d'effet de la garantie frais de santé.

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

4. Définitions

L'assistance Santé

L'assistance aux personnes comprend l'ensemble des prestations mises en œuvre à votre domicile à la suite d'une hospitalisation ou d'une immobilisation au domicile.

Domicile

Votre lieu de résidence principal et habituel 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 :

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

Pour l'assistance aux personnes en déplacement :

- maladie ou blessure vous empêchant de poursuivre votre 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 vous empêche d'exercer votre activité habituelle et qui entraîne, à la suite d'une maladie ou d'un accident, votre immobilisation au domicile pour une durée égale ou supérieure à 10 jours consécutifs pour des raisons médicalement justifiées et prouvées.

Atteinte corporelle grave

Accident ou maladie à caractère imprévisible dont la nature met 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 vous, domiciliée :

- en France métropolitaine, principautés d'Andorre ou de Monaco si vous êtes domicilié en France métropolitaine, principautés d'Andorre ou de Monaco ;
- dans le même DROM que vous si vous êtes domicilié dans les DROM.

L'assistance aux personnes en déplacement

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

Déplacements garantis

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

Franchise

100 km du domicile.

Bagages

Les effets courants de voyage (maximum 20 kg).

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.

5. Etendue territoriale de la garantie

Pour l'assistance Santé :

- à votre domicile 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.

6. Modalités de mise en œuvre de la garantie

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, vous ou votre représentant devez contacter MUTUAIDE ASSISTANCE préalablement à toute intervention. Lors du premier appel, un numéro de dossier d'assistance vous sera communiqué. Vous devrez le rappeler systématiquement lors de toutes relations ultérieures avec le service assistance.

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

	De France	De l'étranger
Par téléphone	01 55 98 57 60	33 1 55 98 57 60 précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international
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 votre état de santé et de votre environnement familial. Les garanties d'assistance n'ont vocation à s'appliquer que dans les cas où votre entourage ne peut vous apporter l'aide requise par les circonstances.

Éléments à communiquer

Vous ou votre représentant devez fournir les informations suivantes lors de chaque appel :

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

Remboursement des frais engagés

MUTUAIDE 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

8-14, avenue des Frères Lumière

94368 Bry-sur-Marne Cedex

Contrôle

Pour ouvrir droit au bénéfice d'une prestation, MUTUAIDE ASSISTANCE peut vous demander de justifier de la qualité invoquée et de produire, à vos frais, les pièces ou documents prouvant ce droit.

7. Limites de responsabilité

La responsabilité de 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. Limites et exclusions de la garantie

Outre les exclusions prévues au point n°5, 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 surveillance spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où vous séjournez et/ou nationales de votre pays de domicile ;**
- **les conséquences d'actes dolosifs, de suicide ou de tentative de suicide ;**
- **les conséquences de toute mutilation volontaire du bénéficiaire ;**
- **les dommages provoqués intentionnellement par le bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou à une rixe, sauf en cas de légitime défense ;**
- **le montant des condamnations et leurs conséquences ;**

- **l'usage de stupéfiants ou de drogues non prescrits médicalement et ses conséquences ;**
- **l'état d'imprégnation alcoolique et ses conséquences ;**
- **la pratique, à titre professionnel, de tout sport ;**
- **la participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires à bord de tout engin de locomotion terrestre ou aérien ;**
- **les conséquences des événements survenus au cours d'épreuves, courses et compétitions motorisées (et leurs essais) soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics lorsque le bénéficiaire y participe en tant que concurrent ;**
- **les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;**
- **l'inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;**
- **les interdictions officielles, les saisies ou contraintes par la force publique ;**
- **l'absence d'aléa ;**
- **l'utilisation par le bénéficiaire d'appareils de navigation aérienne ;**
- **l'utilisation d'engins de guerre, explosifs et armes à feu ;**
- **les dommages résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire conformément à l'article L.113-1 du Code des assurances ;**
- **les frais non justifiés par des documents originaux.**

MUTUAIDE 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^{ème} jour du déplacement ;**
- **les événements survenus lors d'un déplacement à moins de 100 km du domicile ;**
- **les frais engagés après le retour du voyage ou l'expiration de la garantie ;**
- **les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité du contrat, et notamment au-delà de la durée du déplacement prévu;**
- **les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec le bénéficiaire ;**
- **les maladies chroniques ;**

- **les frais médicaux et d'hospitalisation dans le pays de domicile du bénéficiaire, en France métropolitaine et dans les DROM ;**
- **les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et/ou qui n'empêchent pas le bénéficiaire de poursuivre son voyage ;**
- **les convalescences et les affections en cours de traitement non encore consolidées et comportant un risque d'aggravation brutale ;**
- **les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies et les frais en découlant ;**
- **les maladies et/ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation ambulatoire dans les 3 mois précédant la date du départ en voyage, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état ;**
- **les événements liés à un traitement médical ou à une intervention chirurgicale qui ne présenteraient pas un caractère imprévu, fortuit ou accidentel ;**
- **les services médicaux ou paramédicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant ;**
- **les frais de prothèse (optique, dentaire, acoustique, fonctionnelle) ;**
- **les frais de douane, de restauration, d'hôtel, sauf ceux précisés dans le texte des garanties.**

Exclusions de l'assistance Santé :

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

Article 2 – Descriptif des prestations

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

1. Informations et services santé

Informations pratiques et juridiques

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

—
MUTUAIDE ASSISTANCE recherche les informations pratiques à caractère documentaire destinées à vous orienter 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 vous communique 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 votre médecin traitant, MUTUAIDE ASSISTANCE réserve un lit dans le service hospitalier le plus proche de votre 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 vous souhaitez dialoguer avec un médecin, vous pouvez contacter MUTUAIDE ASSISTANCE 24 h/24 qui organisera la mise en relation avec l'un d'eux.

Vous pouvez obtenir des informations médicales ou des explications sur des pathologies.

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

Soutien psychologique

Vous êtes hospitalisé pour une durée égale ou supérieure à 48 heures ou immobilisé au domicile pour une durée égale ou supérieure à 10 jours.

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

2. Assistance de l'enfant malade

Garde des enfants

À la suite d'un problème médical imprévu constaté par un certificat médical, un de vos enfants doit garder la chambre pour une durée minimale de 3 jours consécutifs et vous ne pouvez pas 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 d'un crédit d'heures défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, réparties du lundi au vendredi (hors jours fériés) pour 2 heures minimum par jour, dans une tranche horaire de 8 h à 19 h ;
- **soit** un voyage aller-retour permettant à un proche de se rendre à votre domicile pour garder l'enfant, et ce, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales.

3. Assistance en cas d'hospitalisation (prévue ou imprévue)

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

Accompagnement administratif et social

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

Garde des enfants de moins de 16 ans

Vous êtes hospitalisé et personne dans votre 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 de l'enfant au domicile par une assistante maternelle, dans la limite des contraintes locales, à concurrence d'un crédit d'heures, défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, réparti du lundi au vendredi (hors jours fériés) pour 2 heures minimum par jour, dans une tranche horaire de 8 h à 19 h. L'assistante maternelle se chargera, le cas échéant, de la conduite des enfants à l'école ;
- **soit** un voyage aller-retour permettant à un proche de se rendre à votre domicile pour garder l'enfant, et ce, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales ;
- **soit** le transport aller-retour du ou des enfants, accompagné par une hôtesse le cas échéant, jusqu'au domicile d'un proche désigné par vous.

Garde des ascendants

Vous êtes hospitalisé et personne dans votre entourage immédiat ne peut se charger de la garde des ascendants à votre 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 d'un crédit d'heures prévu dans le tableau des prestations Assistance, réparti du lundi au vendredi (hors jours fériés) pour 2 heures minimum par jour, dans une tranche horaire de 8 h à 19 h ;
- **soit** un voyage aller-retour permettant à un proche de se rendre à votre domicile 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 vous.

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

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

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

Organisation et prise en charge de la venue d'un proche si vous souhaitez la présence d'un proche parent, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge les frais de transport du proche jusqu'à votre chevet, et ce, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales.

Aide-ménagère

Vous êtes immobilisé au domicile et dans l'impossibilité de remplir les obligations domestiques.

En fonction des disponibilités locales, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère pour aider aux tâches quotidiennes (entretenir le domicile, préparer les repas ou effectuer les courses).

—

Notre prise en charge ne peut excéder le crédit d'heures défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, à raison de 2 heures consécutives minimum par jour (du lundi au vendredi hors jours fériés et dans une tranche horaire de 8 h à 19 h), réparties dans les 30 jours depuis le premier jour de l'immobilisation au domicile.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les garanties Recherche et livraison de repas et Recherche et livraison de médicaments.

—

MUTUAIDE 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

Vous êtes immobilisé au domicile et 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 de repas à votre domicile (comprenant un ou deux repas) selon les conditions prévues au tableau des prestations de la garantie Assistance.

—

Le coût des repas reste à votre charge.

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

Recherche et livraison de médicaments

Vous êtes immobilisé au domicile et n'êtes pas en mesure d'aller acheter vos médicaments.

Sur présentation d'une prescription médicale, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge, dans la limite des contraintes locales, la recherche et la livraison à votre domicile des médicaments indispensables à votre traitement.

Le coût des médicaments reste à votre charge.

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

5. Assistance aux personnes en déplacement

Ces prestations sont accordées lorsque vous êtes 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 vous devez engager **hors de votre pays de domicile, hors de France métropolitaine et hors des DROM** dans la limite d'un montant, maximum par bénéficiaire, défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, aux conditions cumulatives suivantes :

- les médecins de MUTUAIDE ASSISTANCE doivent juger, après recueil des informations auprès du médecin local, qu'il est impossible de vous rapatrier dans l'immédiat dans votre pays de domicile ;
- les soins auxquels s'applique l'avance doivent être prescrits en accord avec les médecins de MUTUAIDE ASSISTANCE.
- Vous ou toute personne autorisée par vous doit :
 - s'engager formellement par la signature d'un document spécifique, fourni par MUTUAIDE ASSISTANCE lors de la mise en œuvre 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. Vous devez communiquer à MUTUAIDE ASSISTANCE l'attestation de refus de prise en charge de ces organismes dans la semaine qui suit sa réception.

—

Pour préserver ses droits ultérieurs, MUTUAIDE ASSISTANCE se réserve le droit de vous demander ou à vos 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, vous ne pourrez en aucun cas vous prévaloir de la prestation Avance des frais médicaux et d'hospitalisation et devrez 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 vous.

—

Pour le cas où MUTUAIDE ASSISTANCE ferait l'avance des fonds à hauteur des montants exprimés dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, vous vous engagez 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 votre retour dans votre pays de domicile dans un délai de 3 mois à compter de l'avance des fonds.

Rapatriement d'un bénéficiaire malade ou blessé

Vous êtes malade ou blessé lors d'un déplacement garanti. MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge votre rapatriement médical au domicile ou dans un établissement hospitalier proche de chez vous.

—

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

AGRI PRÉVOYANCE – Institution de prévoyance régie par le code rural et de la pêche maritime, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe 61 rue Taitbout, 75009 PARIS - 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

2016/01-AG-0040-SA-AV4