



Prévoyance



Santé

**ENTREPRISE**

# Régime de prévoyance et de santé CERFRANCE

## Conditions générales

**CCPMA PRÉVOYANCE**



**Groupe AGRICA**

# Sommaire

<b>Titre 1 — Dispositions générales</b>	<b>04</b>
ARTICLE 1 – 1 COMPOSITION DU CONTRAT	04
ARTICLE 1 – 2 OBJET DU CONTRAT	04
ARTICLE 1 – 3 ORGANISMES ASSUREURS	04
ARTICLE 1 – 4 PRESCRIPTION	04
ARTICLE 1 – 5 RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE	05
ARTICLE 1 – 6 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	05
ARTICLE 1 – 7 RÉCLAMATIONS – MÉDIATION	05
<b>Titre 2 — Exécution du contrat</b>	<b>06</b>
ARTICLE 2 – 1 ADHÉSION DE L'ENTREPRISE	06
ARTICLE 2 – 2 PRISE D'EFFET DU CONTRAT – DURÉE ET RÉVISION	06
ARTICLE 2 – 3 GROUPE ASSURÉ	06
ARTICLE 2 – 4 ÉTENDUE DES GARANTIES	06
ARTICLE 2 – 5 EXCLUSIONS	08
ARTICLE 2 – 6 COTISATIONS	08
ARTICLE 2 – 7 REVALORISATION DES PRESTATIONS DE PRÉVOYANCE	09
ARTICLE 2 – 8 OBLIGATIONS DE L'INSTITUTION	09
ARTICLE 2 – 9 OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE	09
ARTICLE 2 – 10 OBLIGATIONS DU PARTICIPANT	10
<b>Titre 3 — Régime de prévoyance</b>	<b>11</b>
ARTICLE 3 – 1 GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	11
ARTICLE 3 – 2 GARANTIE INCAPACITÉ PERMANENTE DE TRAVAIL	11
ARTICLE 3 – 3 CUMUL DES PRESTATIONS INCAPACITÉ DE TRAVAIL	12
ARTICLE 3 – 4 CONTRÔLE MÉDICAL	12
ARTICLE 3 – 5 GARANTIES DÉCÈS	13
ARTICLE 3 – 6 GARANTIE FRAIS D'OBSÈQUES	15
ARTICLE 3 – 7 PORTABILITÉ	15
<b>Titre 4 — Régime frais de santé</b>	<b>16</b>
ARTICLE 4 – 1 BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES	16
ARTICLE 4 – 2 CAS DE DISPENSE D'AFFILIATION	16
ARTICLE 4 – 3 STRUCTURE TARIFAIRE	17
ARTICLE 4 – 4 GARANTIES PROPOSÉES À TITRE INDIVIDUEL ET FACULTATIF	17
ARTICLE 4 – 5 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES	18
ARTICLE 4 – 6 CESSATION DES GARANTIES POUR LES AYANTS DROIT	18
ARTICLE 4 – 7 MAINTIEN DES GARANTIES	18
ARTICLE 4 – 8 RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	19
<b>Titre 5 — Maintien des garanties au titre de la portabilité</b>	<b>20</b>
ARTICLE 5 – 1 PRÉSENTATION DU DISPOSITIF	20
ARTICLE 5 – 2 BÉNÉFICIAIRES	20
ARTICLE 5 – 3 OUVERTURE ET DURÉE DES DROITS À PORTABILITÉ	20
ARTICLE 5 – 4 OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE	20
ARTICLE 5 – 5 OBLIGATIONS DE L'ANCIEN SALARIÉ	20
ARTICLE 5 – 6 PRESTATIONS	20
ARTICLE 5 – 7 CESSATION DE LA PORTABILITÉ	20
<b>Annexe 1 — Définitions</b>	<b>22</b>
<b>Annexe 2 — Tableaux de la garantie frais de santé</b>	<b>23</b>
<b>Annexe 3 — Tableaux des prestations prévoyance</b>	<b>27</b>

## Préambule

Par accord national du 6 novembre 2012, les partenaires sociaux de la convention collective nationale du réseau CERFRANCE ont souhaité mettre en place un régime complémentaire collectif et obligatoire de prévoyance et frais de santé. L'accord national du 6 novembre 2012 a été modifié par l'avenant n° 1 du 3 juillet 2014.

Cet accord permet aux salariés des entreprises entrant dans son champ d'application de bénéficier d'une protection sociale complémentaire en matière de :

- incapacité temporaire et permanente de travail ;
- décès ;
- frais de santé.

Le régime frais de santé bénéficie à l'ensemble des salariés du réseau CERFRANCE relevant de l'accord précité.

Le régime de prévoyance, bien que couvrant l'ensemble des salariés de ces entreprises, prévoit des niveaux de garanties qui varient en fonction du groupe assuré (groupe assuré des cadres relevant de l'Agirc ou des non-cadres ne relevant pas de l'Agirc). L'avenant n° 1 du 3 juillet 2014, entrant en vigueur au 1<sup>er</sup> juin 2014, a pour objet l'évolution des prestations dentaires (augmentation du forfait implantologie et actualisation avec la nouvelle nomenclature dentaire) et la mise en conformité du régime avec la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

CCPMA PRÉVOYANCE a été désignée comme assureur du régime de prévoyance, et coassureur du régime frais de santé avec CCMO MUTUELLE.

CCPMA PRÉVOYANCE est l'apériteur et gère ainsi l'ensemble des relations avec les entreprises et les partenaires sociaux.

Ce régime, qui entre en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2013, est mis en œuvre par les présentes Conditions générales.

# Titre 1 — Dispositions générales

## ARTICLE 1-1 Composition du contrat

Le contrat se compose :

- des présentes Conditions générales ;
- d'un bulletin d'adhésion valant engagement de l'entreprise de faire bénéficier l'ensemble des salariés appartenant au groupe assuré, des garanties définies par l'accord national du 6 novembre 2012 et son avenant du 3 juillet 2014.

Il est régi par le livre IX du Code de la Sécurité sociale.

## ARTICLE 1-2 Objet du contrat

Il est institué au profit des salariés du réseau CERFRANCE relevant de l'accord national du 6 novembre 2012 et son avenant n° 1 du 3 juillet 2014, un régime collectif et obligatoire de prévoyance et frais de santé qui assure le versement des prestations suivantes :

- des indemnités journalières complémentaires à celles versées par le régime de base de Sécurité sociale en cas d'incapacité temporaire de travail ;
- une pension complémentaire en cas d'incapacité permanente de travail ;
- un capital décès auquel peut s'ajouter une rente éducation ou une rente de conjoint suivant l'option retenue ;
- une indemnité frais d'obsèques ;
- des remboursements complémentaires à ceux effectués par le régime de base de Sécurité sociale, au titre de l'assurance maladie.

Sont visées toutes les entreprises relevant du champ d'application de l'accord précité, dont le siège social est situé en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer (DROM).

## ARTICLE 1-3 Organismes assureurs

Les garanties du contrat sont assurées par :

- CCPMA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale (21, rue de la Bienfaisance 75382 Paris Cedex 08) pour le régime de prévoyance et frais de santé, ci-après dénommée « CCPMA PRÉVOYANCE » ;
- CCMO MUTUELLE, mutuelle régie par le Code de la mutualité, (6, avenue du Beauvaisis PAE du Haut-Villé BP 50993 60014 Beauvais Cedex) pour le régime frais de santé, ci-après dénommée « CCMO MUTUELLE ».

CCPMA PRÉVOYANCE et CCMO MUTUELLE sont dénommées ensemble ci-après « les organismes assureurs ».

Les organismes assureurs sont 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 du contrat est assurée par MUTUAIDE ASSISTANCE (8-14, avenue des Frères-Lumière, 94368 Bry-sur-Marne Cedex), SA au capital de 9 590 040 € entièrement versé. Entreprise régie par le Code des assurances.

## ARTICLE 1-4 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 ;
- par 2 ans en ce qui concerne la garantie frais de santé ;
- par 5 ans en ce qui concerne la garantie incapacité temporaire de travail ;
- par 2 ans en ce qui concerne la garantie incapacité permanente de travail ;
- par 10 ans en ce qui concerne la garantie décès, lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré, et par 2 ans lorsque le bénéficiaire est l'assuré.

### TOUTEFOIS, CE DÉLAI NE COURT :

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

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

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

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

### IL S'AGIT NOTAMMENT DE :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du Code civil) ;

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

#### LA PRESCRIPTION EST ÉGALEMENT INTERROMPUE PAR :

- La désignation d'experts à la suite d'une demande de prestation;
- L'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Institution à l'entreprise adhérente en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le participant à l'institution en ce qui concerne le règlement de la prestation

#### ARTICLE 1-5

### Recours contre tiers responsable

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, les organismes assureurs sont subrogés jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions du participant ou de ses ayants droit, contre le tiers responsable, conformément à l'article L. 931-11 du Code de la Sécurité sociale.

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

#### ARTICLE 1-6

### Informatique et Libertés

Les informations concernant les participants et leurs ayants droit sont destinées aux services des organismes assureurs. En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, les intéressés peuvent demander, en justifiant de leur identité, **communication et rectification**, s'il y a lieu, de toute

information les concernant qui figurerait sur tout fichier utilisé dans le cadre du présent contrat par courrier au Groupe AGRICA – Correspondant Informatique et Libertés, 21, rue de la Bienfaisance 75382 Paris Cedex 08, ou par courriel à l'adresse suivante : [cnil.blf@groupagricom](mailto:cnil.blf@groupagricom)

#### ARTICLE 1-7

### Réclamations – médiation

En cas de désaccord persistant concernant le présent contrat et en dehors de toute demande de renseignement ou d'avis, il est possible d'adresser une réclamation :

- **soit par courrier** au siège de CCPMA PRÉVOYANCE, service Réclamations, 21, rue de la Bienfaisance 75382 Paris Cedex 08;
- **soit par courriel** sur le site Internet d'AGRICA, [www.groupagricom.com](http://www.groupagricom.com), en cliquant sur la rubrique « Réclamations ».

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

Par suite, un recours peut être présenté par l'entreprise ou le participant auprès du Médiateur du CTIP (Centre Technique des Institutions de Prévoyance), dont le siège se situe 10, rue Cambacérès 75008 Paris.

## Titre 2 — Exécution du contrat

### ARTICLE 2-1 Adhésion de l'entreprise

Toutes les entreprises relevant de l'accord national du 6 novembre 2012 et son avenant n° 1 du 3 juillet 2014 doivent demander leur adhésion à CCPMA PRÉVOYANCE en remplissant un bulletin d'adhésion.

Par exception au principe posé ci-dessus, les entreprises relevant du réseau CERFRANCE disposant déjà d'un régime frais de santé globalement plus favorable à la date de signature de l'accord national du 6 novembre 2012 pourront conserver leur ancien régime et ne pas rejoindre les organismes assureurs désignés.

Le bulletin d'adhésion doit être signé et retourné par l'entreprise à CCPMA PRÉVOYANCE, dans le délai maximal de 30 jours suivant la date d'envoi du dossier d'adhésion.

Dès la signature du bulletin d'adhésion, l'employeur est dénommé « **entreprise adhérente** ».

### ARTICLE 2-2 Prise d'effet du contrat – Durée et révision

#### 1. PRISE D'EFFET DU CONTRAT

Le contrat prend effet à la date de signature du bulletin d'adhésion.

Le certificat d'adhésion adressé à l'entreprise par CCPMA PRÉVOYANCE précise la prise d'effet de celle-ci.

#### 2. DURÉE

L'adhésion de l'entreprise au présent contrat étant rendue obligatoire par l'accord national du 6 novembre 2012 et son avenant n° 1 du 3 juillet 2014, les seuls cas de cessation d'adhésion sont :

- le changement d'activité faisant sortir l'entreprise du champ d'application dudit accord ;
- la cessation d'activité ;
- la dénonciation de l'accord national du 6 novembre 2012 par les partenaires sociaux ;
- le changement d'organisme assureur, que la décision soit prise par les partenaires sociaux, CCPMA PRÉVOYANCE ou CCMO MUTUELLE.

Dans ces situations, CCPMA PRÉVOYANCE maintiendra les prestations de prévoyance en cours de service au niveau atteint à la date d'effet de la cessation d'adhésion. CCMO MUTUELLE cessera le versement des prestations frais de santé à la date d'effet de la cessation d'adhésion.

En cas de dénonciation de l'accord national du 6 novembre 2012 et son avenant n° 1 du 3 juillet 2014 ou de changement d'organisme assureur, les partenaires sociaux, en application de l'article L. 912-3 du Code de la Sécurité sociale, organiseront les modalités de la poursuite des revalorisations des prestations de prévoyance en cours de service avec le nouvel organisme assureur.

### 3. RÉVISION DES GARANTIES OU DES COTISATIONS

Les dispositions du présent contrat sont établies en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur, notamment de celle applicable au régime de base de Sécurité sociale.

Les taux de cotisations et le niveau des garanties sont déterminés par les partenaires sociaux de l'accord national du 6 novembre 2012 et son avenant n° 1 du 3 juillet 2014 et par CCPMA PRÉVOYANCE.

Toute modification sera automatiquement répercutée sur les dispositions du présent contrat. Une information sera alors réalisée auprès de chaque entreprise par CCPMA PRÉVOYANCE.

### ARTICLE 2-3 Groupe assuré

Pour les garanties de prévoyance définies au titre III, le groupe assuré est composé des deux catégories suivantes :

- salariés cadres relevant du régime de retraite complémentaire Agirc ;
- salariés non cadres ne relevant pas du régime de retraite complémentaire Agirc.

Pour la garantie frais de santé définie au titre IV, le groupe assuré est composé de l'ensemble des salariés.

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

### ARTICLE 2-4 Étendue des garanties

#### 1. PRISE D'EFFET DES GARANTIES ET AFFILIATION DU PARTICIPANT

##### Prise d'effet des garanties

Les participants bénéficient des garanties de prévoyance et frais de santé immédiatement, sans délai de carence.

### Affiliation du participant

L'affiliation du participant prend effet :

- à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion, lorsque l'affiliation du participant est concomitante à l'adhésion de l'entreprise;
- à compter de la date d'embauche ou de promotion du participant, lorsque celui-ci est engagé ou promu postérieurement.

—

S'agissant des garanties de prévoyance, l'affiliation est formalisée au moment de l'adhésion de l'entreprise via l'envoi par celle-ci d'un fichier informatique comportant la liste des salariés à affilier (recensant notamment les éléments suivants : nom, prénom, n° de Sécurité sociale, date de naissance, date d'entrée dans l'entreprise...).

Par la suite, l'affiliation de tout nouveau salarié est réalisée automatiquement par CCPMA PRÉVOYANCE via le traitement des données issues de la déclaration préalable à l'embauche (DPAE).

—

S'agissant de la garantie frais de santé, l'affiliation du salarié et de ses éventuels ayants droit est formalisée par un Bulletin d'affiliation renseigné par l'entreprise adhérente sur le site Internet du groupe AGRICA. Il incombe alors à cette dernière d'éditer ledit bulletin en double exemplaire, de les faire signer par le salarié et d'en conserver un.

Cette opération devra également être effectuée pour toute modification de la garantie frais de santé, et notamment en cas de modification de la situation familiale ou de souscription ou résiliation de la garantie optionnelle. Par ailleurs, des dispenses d'affiliation du participant sont prévues à l'article 4-2.

—

## 2. SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

### Suspension du contrat de travail pour cause de maladie, maternité, accident

Lorsque le participant est indemnisé par le régime de base de Sécurité sociale au titre de l'incapacité de travail (temporaire et permanente) ou de la maternité, il continue à bénéficier des garanties dans les mêmes conditions qu'en activité.

—

Concernant les garanties de prévoyance, l'entreprise et le participant sont exonérés de cotisations pour tout mois civil entier d'arrêt de travail.

—

Concernant la garantie frais de santé, la cotisation est due dans les mêmes conditions que lorsque le participant est en activité.

—

### Suspension du contrat pour une autre cause

En cas de suspension du contrat de travail non indemnisée par le régime de base de Sécurité sociale, le participant peut

demander le maintien des garanties décès et/ou frais de santé moyennant le versement complet de la cotisation correspondante (parts patronale et salariale) calculée :

- pour le décès, sur la somme des rémunérations brutes ayant donné lieu à cotisations au cours des 4 derniers trimestres civils précédant la suspension du contrat de travail;
- pour la santé, sur le plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur à la date à laquelle la cotisation est due.

—

Dès réception de la lettre recommandée du participant annonçant à l'entreprise adhérente sa volonté d'exercer son droit à congé, celle-ci doit en informer CCPMA PRÉVOYANCE en communiquant les nom, prénom, n° de Sécurité sociale, la date et le motif de la suspension du contrat de travail de l'intéressé.

—

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

—

À défaut d'information de CCPMA PRÉVOYANCE par l'entreprise adhérente concernant le participant en situation de suspension de contrat de travail, le versement de prestations complémentaires décès et/ou frais de santé par les organismes assureurs durant cette période impliquera le paiement intégral des cotisations correspondantes par l'entreprise adhérente.

—

Dans tous les cas de suspension du contrat de travail, le paiement des cotisations décès et/ou frais de santé s'effectue, via l'entreprise adhérente, à CCPMA PRÉVOYANCE.

—

## 3. CESSATION DE L'AFFILIATION ET DES GARANTIES

### Cessation de l'affiliation

L'affiliation du participant au contrat cesse :

- à la date à laquelle il cesse d'appartenir au groupe assuré;
- à la date de rupture de son contrat de travail, quel qu'en soit le motif, étant précisé qu'en ce qui concerne le participant bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul emploi-retraite, il s'agit de la date de rupture de son contrat de travail au titre de l'activité cumulée avec sa retraite.

—

### Cessation des garanties

Pour chaque participant, les garanties prennent fin à la date de cessation de son affiliation dans les conditions du paragraphe ci-dessus, à l'exception :

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

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

**ARTICLE 2-5****Exclusions****1. EXCLUSIONS LIÉES AUX GARANTIES DÉCÈS, EXCEPTÉ LA GARANTIE FRAIS D'OBSÈQUES**

La garantie décès n'est pas accordée dans les cas suivants :

- guerre ;
- maladies ou accidents qui sont le fait volontaire du bénéficiaire ;
- fait du participant, s'il est intentionnel ou frauduleux – étant précisé que le suicide ou la tentative de suicide sont pris en charge.

—  
De plus, pour le doublement du capital pour décès accidentel, sont exclus tous les risques de décès résultant :

- du suicide ou d'une tentative de suicide ;
- de l'explosion ou de la fission du noyau d'un atome ou des radiations ionisantes ;
- de la participation à une rixe (sauf cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel), à un acte de terrorisme, à un délit intentionnel ou à un crime ;
- de la manipulation d'un engin de guerre dont la détention est illégale ;
- de la pratique de tout sport à titre professionnel, d'un sport aérien (voltige, parachutisme, parapente, vol à voile, ailes volantes, ultra-légers motorisés), de la spéléologie, de l'alpinisme (escalade en artificiel et grande course), du saut à l'élastique, des sports de combat ;
- de la participation à des compétitions et à leurs essais nécessitant l'utilisation d'un véhicule à moteur ;
- de paris, de défis, de tentatives de records ;

- de l'ivresse du participant (alcoolémie de taux supérieur ou égal au taux légal en vigueur) ;
- de l'usage de stupéfiants ou de tranquillisants en quantité non prescrite médicalement ;
- de traitements ou interventions chirurgicales exécutés dans un but de rajeunissement ou esthétique, qui ne seraient pas la conséquence d'un accident garanti par le présent contrat.

**2. EXCLUSIONS LIÉES À LA GARANTIE FRAIS D'OBSÈQUES**

La garantie frais d'obsèques n'est pas accordée dans les cas suivants :

- guerre ;
- maladies ou accidents qui sont le fait volontaire du bénéficiaire ;
- fait de la personne décédée, s'il est intentionnel ou frauduleux – étant précisé que le suicide ou la tentative de suicide sont pris en charge.

**3. EXCLUSIONS LIÉES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ**

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 conventionnelles et/ou optionnelles ;
- 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 remboursements ci-après.

—  
Par ailleurs, le présent régime 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.

**ARTICLE 2-6****Cotisations****1. TAUX ET MONTANT**

—  
Le taux des cotisations finançant les garanties du présent régime sont déterminés par les partenaires sociaux de l'accord national du 6 novembre 2012 et son avenant n° 1 du 3 juillet 2014 et par CCPMA PRÉVOYANCE.

—  
Ils sont communiqués, chaque année, par CCPMA PRÉVOYANCE à l'entreprise adhérente.

Les cotisations de prévoyance sont calculées en pourcentage du salaire donnant lieu à cotisations de Sécurité sociale (TA, TB et TC).

—

La cotisation frais de santé est calculée en pourcentage du plafond mensuel de Sécurité sociale (PMSS). Elle est due dans son intégralité pour tout mois civil commencé, notamment en cas d'entrée du participant dans le groupe assuré, de suspension du contrat de travail ou de rupture de contrat de travail en cours de mois.

—

## **2. PRISE EN COMPTE DU REcul DE L'ÂGE DE DÉPART À LA RETRAITE**

La loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a introduit des dispositions visant à relever de manière progressive l'âge de départ à la retraite.

Afin de prendre en compte les impacts de cette mesure sur le régime de prévoyance, il est instauré une cotisation exceptionnelle et temporaire de 0,12% de la rémunération soumise à cotisation qui s'ajoute au taux de cotisation du régime.

Cette cotisation exceptionnelle et temporaire sera répartie entre l'entreprise adhérente et le participant dans les mêmes conditions que celles prévues pour le financement des garanties de prévoyance.

—

Cette cotisation sera prélevée pendant une durée de 36 mois. À l'issue de cette période, la cotisation exceptionnelle et temporaire cessera d'être appelée.

—

Cas d'une entreprise rejoignant CCPMA PRÉVOYANCE après la date d'entrée en vigueur de l'accord du 6 novembre 2012 : si CCPMA PRÉVOYANCE reprend l'indemnisation des salariés en arrêt de travail avant la publication de la loi portant réforme des retraites du 9 novembre 2010 et pour lesquels l'ancien organisme assureur a transféré les provisions correspondantes, la cotisation visée au paragraphe précédent sera appelée, selon un taux et une durée qui seront communiqués au moment de l'adhésion de l'entreprise.

—

## **3. MODALITÉS DE PAIEMENT**

Les cotisations sont exigibles le premier jour du mois suivant le trimestre civil auquel elles se rapportent.

—

Le versement des cotisations à CCPMA PRÉVOYANCE est de la seule responsabilité de l'entreprise adhérente et doit être effectué avant le dernier jour du mois suivant le trimestre civil auquel elles se rapportent.

—

Passé ce délai, l'entreprise adhérente est passible de majorations de retard dont le taux est égal au taux de majoration de retard du régime Arrco.

—

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

En tout état de cause, CCPMA PRÉVOYANCE peut poursuivre le recouvrement des cotisations par toutes voies de droit, les frais engagés étant à la charge de l'entreprise adhérente.

### **ARTICLE 2-7**

## **Revalorisation des prestations de prévoyance**

—

À la fin de chaque exercice civil, le Conseil d'administration de CCPMA PRÉVOYANCE fixe, pour l'exercice civil suivant, la valeur du point servant à la revalorisation des prestations de CCPMA PRÉVOYANCE, ainsi que sa date d'effet.

—

Cette revalorisation s'effectue par la revalorisation du salaire de référence pris en compte dans le calcul des prestations.

### **ARTICLE 2-8**

## **Obligations de l'Institution**

—

CCPMA PRÉVOYANCE s'engage à établir à l'intention de chaque participant une Notice d'information qui définit notamment les modalités d'entrée en vigueur des garanties, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

### **ARTICLE 2-9**

## **Obligations de l'entreprise adhérente**

—

### **1. À L'ÉGARD DU PARTICIPANT**

L'entreprise adhérente doit :

- remettre à chaque participant la Notice d'information ;
- avertir, par écrit, les participants des modifications apportées à leurs droits et obligations à la suite d'une révision du régime.

—

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

—

## 2. À L'ÉGARD DE CCPMA PRÉVOYANCE

L'entreprise adhérente s'oblige à :

- affilier l'ensemble des participants appartenant au(x) groupe(s) assuré(s) ;
- verser les cotisations ;
- répondre aux questions relatives à l'application du contrat ;
- fournir les éléments nécessaires à la gestion du présent contrat, notamment les entrées et sorties du personnel, les modifications de situation familiale, la souscription ou résiliation de garanties optionnelles ou d'extensions famille.

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

### ARTICLE 2-10 Obligations du participant

—  
Chaque participant s'oblige :

- à accepter le précompte des cotisations ;
  - à fournir par l'intermédiaire de l'entreprise adhérente ou directement auprès des organismes assureurs les renseignements nécessaires à l'établissement de ses droits et obligations.
-

## Titre 3 — Régime de prévoyance

### ARTICLE 3-1 Garantie incapacité temporaire de travail

Les prestations servies par CCPMA PRÉVOYANCE pour une incapacité temporaire sont des indemnités journalières complémentaires à celles dues par le régime de base au titre de l'assurance maladie ou des accidents du travail et maladies professionnelles.

#### 1. CONDITIONS ET MODALITÉS D'INDEMNISATION

L'indemnité journalière CCPMA PRÉVOYANCE est versée à partir du 91<sup>e</sup> jour d'interruption totale de travail (continue ou non), tant que le versement des indemnités journalières du régime de base est maintenu au participant.

En cas d'alternance de périodes d'arrêt de travail et de reprise d'activité, et ce, quelle que soit l'affection, le délai de franchise ne commence à être décompté qu'à partir d'un arrêt de travail d'au moins 30 jours continus.

Les arrêts suivants se cumulent à cet arrêt initial dès lors qu'il n'y a pas entre deux arrêts une reprise d'activité d'une durée supérieure à 6 mois (auquel cas, un nouveau délai de franchise doit être décompté), sauf si les interruptions de travail sont liées à la même affection.

Toute incapacité temporaire entraînant une interruption totale de travail susceptible de durer plus de 3 mois doit être signalée à CCPMA PRÉVOYANCE par l'entreprise adhérente avant la fin du 3<sup>e</sup> mois.

#### 2. MONTANT DE L'INDEMNISATION

Le montant des indemnités journalières (régime de base et régime complémentaire), fixé dans le tableau de l'annexe n° 3, est égal à un pourcentage du salaire de référence défini en annexe n° 1.

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

#### 3. RÈGLEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES COMPLÉMENTAIRES

Les indemnités journalières sont payables par CCPMA PRÉVOYANCE, sous réserve de présentation des justificatifs du régime de base.

Elles sont versées directement à l'entreprise adhérente.

CCPMA PRÉVOYANCE procède, sous réserve que le dossier soit dûment complété, au traitement des demandes d'indemnités journalières complémentaires sous 10 jours (hors délais bancaires) pour l'arrêt initial, et sous 5 jours (hors délais bancaires) pour les modifications aux règlements en cours.

En cas de reprise partielle du travail et à condition que le participant continue à bénéficier des prestations normales ou réduites du régime de base, l'indemnité journalière lui est servie à un taux réduit en application des dispositions de la règle de cumul visée à l'article 3-3.

#### 4. DURÉE DE L'INDEMNISATION

Le droit à l'indemnité journalière complémentaire est ouvert et maintenu tant que l'incapacité temporaire du participant donne lieu au versement d'indemnités journalières par le régime de base.

Le droit à l'indemnité journalière complémentaire cesse :

- à la date de cessation du versement des indemnités journalières par le régime de base de Sécurité sociale;
- à la date de reconnaissance par le régime de base d'un état d'incapacité permanente;
- en tout état de cause, à la date de liquidation de la pension de vieillesse du régime de base;
- pour les salariés bénéficiaires du cumul emploi-retraite, le service des indemnités journalières attribuées au titre de la reprise d'activité cesse à la rupture du contrat de travail.

### ARTICLE 3-2 Garantie incapacité permanente de travail

La prestation servie par CCPMA PRÉVOYANCE pour une incapacité permanente est une pension mensuelle complémentaire en cas d'attribution par le régime de base d'une pension d'invalidité catégorie 1, 2 ou 3, ou d'une rente d'incapacité permanente professionnelle attribuée pour un taux au moins égal à 33 % au titre de l'assurance des accidents du travail et maladies professionnelles.

#### 1. CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INDEMNISATION

La pension mensuelle d'incapacité permanente est versée dès la date de reconnaissance de l'incapacité permanente

par le régime de base, et tant que le versement de la pension d'invalidité ou de la rente accident du travail du régime de base est maintenu au participant.

## 2. MONTANT DE L'INDEMNISATION

Son montant, fixé dans le tableau de l'annexe n° 3, est égal à un pourcentage du salaire annuel de référence, tel que défini à l'annexe n° 1, sous déduction des prestations versées par le régime de base de Sécurité sociale, hors majoration pour tierce personne.

Dans le cas où le participant a un taux d'incapacité permanente compris entre 33% et 66% ou s'il perçoit une pension d'invalidité catégorie 1, le montant de la pension complémentaire mentionnée précédemment est réduit de moitié.

## 3. RÈGLEMENT DE LA PENSION

La pension nette de CSG et CRDS et de toute autre taxe ou contribution est payable mensuellement, à terme échu, par CCPMA PRÉVOYANCE, sous réserve de présentation des justificatifs nécessaires, notamment de la notification du régime de base, pendant toute la durée de l'incapacité permanente de travail.

La pension est versée directement au participant.

CCPMA PRÉVOYANCE procède, sous réserve que le dossier soit dûment complété, au traitement des demandes de prestations incapacité permanente de travail sous 10 jours (hors délais bancaires) pour l'arrêt initial, et sous 5 jours (hors délais bancaires) pour les modifications aux règlements en cours.

## 4. DURÉE DE L'INDEMNISATION

Le versement de la pension complémentaire est maintenu tant que la pension d'invalidité catégorie 1, 2 ou 3 ou la rente accident du travail pour une incapacité au moins égale à 33% du régime de base est servie au participant.

La pension mensuelle peut être réduite, suspendue ou supprimée en cas de réduction du degré d'incapacité, ainsi qu'en cas de reprise d'une activité professionnelle.

En tout état de cause, le versement de la pension complémentaire attribuée au titre de l'invalidité ou de l'incapacité professionnelle cesse :

- au décès du participant s'il intervient avant la liquidation de la pension de vieillesse ;
- à la date d'attribution de la pension de vieillesse par un régime de Sécurité sociale et, au plus tard, à la date de la liquidation de la pension de vieillesse à taux plein.

### ARTICLE 3-3

## Cumul des prestations incapacité de travail

Les prestations versées au titre du présent contrat ajoutées à celles du régime de base de Sécurité sociale et celles de toute autre provenance (fraction de salaire, régime de prévoyance, etc.) ne doivent pas conduire à ce que le participant perçoive une rémunération supérieure au salaire net d'activité avant l'incapacité de travail, éventuellement revalorisé.

Par salaire net, il faut entendre le salaire brut, déduction faite des cotisations et contributions sociales légales et conventionnelles.

La majoration pour tierce personne versée par le régime de base au participant n'est pas prise en compte pour l'application de la règle de cumul visée ci-dessus.

### ARTICLE 3-4

## Contrôle médical

CCPMA PRÉVOYANCE se réserve, à tout moment, la faculté d'apprécier et de contrôler l'état d'incapacité du participant.

Si le participant s'oppose aux visites et/ou aux examens médicaux, CCPMA PRÉVOYANCE est autorisée à suspendre ou à interrompre de plein droit le paiement des prestations en cours, à la suite de ce contrôle.

CCPMA PRÉVOYANCE peut demander au participant tout justificatif qui lui semblerait nécessaire, afin de vérifier que le montant de l'indemnisation ne dépasse pas les limites prévues à l'article 3-3.

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

### ARTICLE 3-5

## Garanties décès

### 1. DESCRIPTION

En cas de décès d'un participant, CCPMA PRÉVOYANCE

verse à la demande du ou des bénéficiaires ou de l'entreprise adhérente des prestations décès.

—

Le participant peut choisir, en le mentionnant sur le bulletin de désignation et de choix d'option du capital décès, l'une des trois options exposées ci-après.

—

Par exception à ce principe, il sera fait application du choix d'option que vous avez effectué et porté à la connaissance de CCPMA PRÉVOYANCE avant le 1<sup>er</sup> janvier 2013 si le participant était déjà affilié auprès de cette dernière à cette date.

—

Si le participant l'exprime sur son bulletin de désignation et de choix d'option, le choix peut être effectué par le(s) bénéficiaire(s) au moment du décès.

—

Le changement d'option peut s'effectuer, à tout moment, sur demande du participant, et en particulier lors de tout changement de situation familiale.

—

À défaut de choix par le participant ou faute d'accord exprès signifié par le(s) bénéficiaire(s) sur le choix de l'option dans un délai de 6 mois suivant le décès, CCPMA PRÉVOYANCE retiendra l'option 1.

—

Le capital décès cité dans chacune des trois options suivantes est composé d'un capital de base et de majorations familiales. Ces dernières sont exprimées en pourcentage du salaire de référence, tel que défini à l'annexe n° 1.

Le détail des prestations décès est défini au sein du tableau de l'annexe n° 3.

—

#### **Option 1 – capital décès**

Le montant du capital décès est fixé au tableau de l'annexe n° 3.

—

#### **Option 2 – capital décès + rente éducation**

Dans le cadre de l'option 2, le capital décès est complété par une rente éducation dont le montant annuel, au jour du décès du participant, par enfant à charge, est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale, tel que fixé au tableau de l'annexe n° 3.

—

La rente éducation est versée soit au représentant légal de l'enfant ou, avec son accord, à la personne ayant la charge effective de l'enfant lorsqu'il est mineur, soit à l'enfant lui-même lorsqu'il est majeur.

—

La rente éducation est versée trimestriellement et à terme échu. Elle est payable par quart les 1<sup>er</sup> avril, 1<sup>er</sup> juillet, 1<sup>er</sup> octobre et 1<sup>er</sup> janvier. Le point de départ est fixé au lendemain à 0 h du jour du décès du participant.

—

La rente éducation cesse d'être due à la fin du trimestre civil précédant celui au cours duquel le bénéficiaire ne répond plus à la définition d'enfant à charge.

—

#### **Option 3 – capital décès + rente de conjoint**

Dans le cadre de l'option 3, le capital décès est complété par une rente de conjoint viagère et/ou temporaire.

—

La rente de conjoint est versée trimestriellement et à terme échu. Elle est payable par quart les 1<sup>er</sup> avril, 1<sup>er</sup> juillet, 1<sup>er</sup> octobre et 1<sup>er</sup> janvier. Le point de départ est fixé au lendemain à 0 h du jour du décès du participant.

—

La rente de conjoint viagère est versée au conjoint ou assimilé, tel que défini à l'annexe n° 1.

Annuellement, elle est égale à un pourcentage du salaire de référence multiplié par le nombre d'années restant à courir entre l'âge du participant au jour de son décès et l'âge auquel il aurait pu prétendre à une pension de vieillesse du régime de base à taux plein.

La rente de conjoint viagère cesse, en tout état de cause, à la date du décès du bénéficiaire.

—

La rente de conjoint temporaire est versée dans le cas où le conjoint ne peut pas bénéficier de la pension de réversion des régimes de retraite Arrco et/ou Agirc. Elle est également versée au cocontractant d'un PACS ou au concubin, tels que définis à l'annexe n° 1, alors même qu'il ne peut prétendre au bénéfice des allocations de réversion Arrco-Agirc.

Annuellement, elle est égale à un pourcentage du salaire de référence multiplié par le nombre d'années écoulées entre la date d'entrée du participant dans l'entreprise et son âge au jour du décès, ce différentiel ne pouvant être inférieur à 5.

La rente de conjoint temporaire cesse, en tout état de cause, dès lors que le bénéficiaire se remarie, décède ou atteint l'âge normal pour prétendre au paiement de l'allocation de réversion à taux plein du régime Arrco pour les droits correspondant au salaire limité au plafond de la Sécurité sociale, et du régime Agirc pour les droits correspondant au salaire excédant ce plafond.

—

### Décès accidentel

En cas de décès accidentel du participant, c'est-à-dire d'atteinte corporelle non intentionnelle de sa part et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, le montant du capital décès de base, hors majorations familiales, est doublé, quelle que soit l'option retenue.

### Double effet

En cas de décès du conjoint ou assimilé avant la liquidation de sa pension de vieillesse du régime de base ou, au plus tard, à l'âge auquel il aurait pu prétendre à une pension de vieillesse à taux plein, simultanément ou postérieurement à celui du participant, il est versé, par parts égales aux enfants à charge du participant avant son décès et encore à charge du dernier décédé, un capital dont le montant correspond à l'option retenue (capital de base et majorations familiales, mais hors majorations pour décès accidentel).

## 2. BÉNÉFICIAIRES

### Capital décès de base

Le capital décès de base est attribué au(x) bénéficiaires (personnes physiques) que le participant a éventuellement désigné(s) sur le bulletin de désignation et de choix d'option. Si plusieurs personnes sont désignées, le capital de base est attribué par parts égales entre elles, sauf si une autre répartition a été indiquée à CCPMA PRÉVOYANCE par le participant.

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

Le participant peut, à tout moment, modifier son choix en remplissant un nouveau bulletin (dit « bulletin de modification ») ou par acte authentique ou sous seing privé porté à la connaissance de CCPMA PRÉVOYANCE.

### Toute désignation ou tout changement de désignation non porté à la connaissance de CCPMA PRÉVOYANCE lui est inopposable.

Par exception à ce principe, il sera fait application de la désignation effectuée par le participant et portée à la connaissance de CCPMA PRÉVOYANCE avant le 1<sup>er</sup> janvier 2013 lorsqu'il était déjà affilié auprès de cette dernière à cette date.

—

À défaut de désignation effectuée par le participant, le capital décès de base est versé dans les conditions suivantes :

- en l'absence d'enfants à charge : 100% au conjoint ou assimilé ;
- en présence d'enfants à charge :
  - 50% au conjoint ou assimilé ;
  - 50% aux enfants à charge, répartis par parts égales entre eux ;
- en l'absence de conjoint ou assimilé : 100% aux enfants à charge, répartis par parts égales entre eux ;
- en l'absence de conjoint ou assimilé et d'enfants à charge : 100% aux héritiers du participant.

—

### Majorations familiales

Les majorations familiales sont versées dans tous les cas aux seules personnes qui les ont générées, la somme des majorations étant répartie par parts égales entre elles. S'agissant des enfants mineurs, le versement est effectué auprès de leur représentant légal ou, avec son accord, à la personne ayant la charge effective des enfants.

—

## 3. RÈGLEMENT DU CAPITAL DÉCÈS

L'entreprise adhérente ou le(s) bénéficiaire(s) du capital décès déclare(nt) dans les plus brefs délais le décès du participant à CCPMA PRÉVOYANCE, qui lui (leur) transmet un dossier de demande de règlement de la prestation, ainsi que la liste des pièces justificatives à fournir.

—

CCPMA PRÉVOYANCE procède à l'examen de la demande 48 heures après réception du dossier dûment complété et accompagné de l'intégralité des pièces justificatives.

—

## 4. INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

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

—

L'invalidité absolue et définitive ouvre droit, à la demande du participant ou de son représentant légal, après constatation médicale, au paiement par anticipation du capital décès de base (y compris, éventuellement, la majoration pour décès accidentel), hors majoration pour enfants à charge.

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

—  
Les majorations pour enfants à charge seront, le cas échéant, versées aux enfants à charge du participant au jour de son décès ou à leur représentant légal s'ils sont mineurs.

—  
La rente éducation ou rente de conjoint sera également attribuée au jour du décès, le cas échéant, aux bénéficiaires prévus aux articles précédents.

#### **ARTICLE 3-6** Garantie frais d'obsèques

—  
En cas de décès du conjoint ou d'un enfant à charge, tels que définis à l'annexe n° 1, CCPMA PRÉVOYANCE verse au participant ou à la personne qui a personnellement supporté les frais une indemnité frais d'obsèques.

—  
Son montant est fixé au tableau de l'annexe n° 3.

—  
Le dossier de demande de règlement de cette indemnité, dûment complété et accompagné de l'intégralité des pièces justificatives, est examiné 48 heures après sa réception par CCPMA PRÉVOYANCE.

#### **ARTICLE 3-7** Portabilité

Les dispositions prévues au titre V relatives à la portabilité s'appliquent aux garanties prévoyance, à compter du 1<sup>er</sup> juin 2015.

---

## Titre 4 — Régime frais de santé

Les prestations du régime frais de santé sont versées conformément aux dispositions du tableau des remboursements de l'annexe n° 2.

—

### ARTICLE 4-1 Bénéficiaires des garanties

—

Le régime frais de santé défini au sein de ce titre IV bénéficie à l'ensemble des salariés.

—

Par extension, les ayants droit du participant, tels que définis à l'annexe n° 1, peuvent également bénéficier de ce régime en cas de demande d'extension familiale.

—

Les enfants du conjoint ou assimilé du participant répondant aux exigences posées par l'annexe n° 1 pour être considérés à charge peuvent également bénéficier de la garantie frais de santé.

—

L'affiliation s'effectue sans questionnaire ni examen médical préalable.

### ARTICLE 4-2 Cas de dispense d'affiliation

—

Par dérogation à l'affiliation obligatoire, les participants se trouvant dans l'une des situations suivantes peuvent être dispensés d'affiliation :

- les participants qui bénéficient, au 1<sup>er</sup> janvier 2013, de l'adhésion de leur entreprise ou de leur affiliation si elle est postérieure, de la CMU-Complémentaire (CMU-C) ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Cette dispense n'est valable que jusqu'à la fin de cette couverture ou de cette aide, le participant devant ensuite obligatoirement être affilié au régime;
- les participants qui exercent une activité pour plusieurs employeurs et qui bénéficient d'une couverture collective et obligatoire du fait de cette autre activité;
- les participants ou apprentis sous contrat à durée déterminée, d'une durée au moins égale à 12 mois, qui justifient d'une couverture individuelle frais de santé par ailleurs au 1<sup>er</sup> janvier 2013, à la date de l'adhésion de leur entreprise ou de leur affiliation si elle est postérieure;

- les participants ou apprentis sous contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs;
- les participants à temps partiel ou apprentis qui travaillent pour une seule entreprise, dès lors que la cotisation à leur charge est supérieure à 10% de leur rémunération brute;
- les participants couverts pour les mêmes risques à titre collectif et obligatoire par leur conjoint ou assimilé;
- les couples (conjoint ou assimilé) appartenant au groupe assuré et travaillant au sein de la même entreprise. L'un des deux conjoints au sens de l'annexe n° 1 est affilié en tant que participant et l'autre en tant qu'ayant droit.

—

**La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse formulée dans le mois par le participant concerné, qui devra produire chaque année à l'entreprise adhérente les justificatifs permettant de vérifier que les conditions nécessaires pour bénéficier de la dispense d'affiliation sont remplies.**

—

**Dans les cas de dispense d'affiliation précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le participant ni par l'entreprise adhérente.**

—

**Le participant qui ne remplit plus les conditions requises à la dispense d'affiliation doit en informer son entreprise. Il doit alors obligatoirement être affilié au présent régime, à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant.**

—

**L'entreprise adhérente doit effectuer les modifications relatives aux dispenses d'affiliation concernant le groupe assuré sur le site Internet d'AGRICA [www.groupagric.com](http://www.groupagric.com).**

**ARTICLE 4-3 Structure tarifaire**

—  
Les garanties du régime frais de santé sont accordées au participant, moyennant une cotisation définie selon l'une des trois structures tarifaires suivantes :

- « isolé/famille » ;
- « adulte/enfant » ;
- « uniforme ».

Le choix de l'entreprise adhérente figure au bulletin d'adhésion et le montant des cotisations est mentionné au barème tarifaire.

Le montant de la cotisation correspondant à la garantie obligatoire (isolé, adulte ou uniforme) défini au sein de chaque entreprise est réparti, a minima, de la manière suivante :

- 20% à la charge de l'entreprise adhérente ;
- et 80%, au maximum, à la charge du participant, la cotisation « isolé » de la garantie obligatoire étant la base de référence pour le calcul des pourcentages précédents.

**ARTICLE 4-4 Garanties proposées à titre individuel et facultatif**

—  
Le participant peut choisir :

- d'améliorer le niveau de sa garantie obligatoire en souscrivant la garantie optionnelle ;
- d'étendre les garanties à ses ayants droit et/ou aux enfants à charge de son conjoint, si l'entreprise n'a pas choisi la structure tarifaire « uniforme ».

—  
L'affiliation du participant et/ou de ses ayants droit aux garanties proposées à titre individuel et facultatif s'effectue selon les modalités prévues à l'article 2-4.

—  
Les garanties sont alors accordées moyennant des cotisations additionnelles entièrement à la charge du participant et précomptées sur son bulletin de salaire par l'entreprise adhérente.

**1. GARANTIE OPTIONNELLE**

—  
Le participant peut souscrire à la garantie optionnelle. Dans ce cas, elle s'appliquera également aux ayants droit affiliés à la garantie obligatoire.

Dans le cas où l'option est souscrite durant les 3 premiers mois suivant la mise en place du régime dans l'entreprise ou suivant l'embauche du participant, la garantie optionnelle prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit la demande.

—  
Au-delà, le participant peut souscrire à la garantie optionnelle chaque année, au 1<sup>er</sup> janvier, sous réserve d'en informer l'entreprise, au plus tard, le 31 octobre de l'année en cours.

—  
L'entreprise doit alors informer CCPMA PRÉVOYANCE.

—  
La cotisation correspondant à la garantie optionnelle est entièrement à la charge du participant ; elle est précomptée par l'employeur sur le bulletin de salaire.

**2. EXTENSION FAMILLE**

—  
L'extension des garanties est accordée :

- à l'ensemble des ayants droit du participant et aux enfants à charge de son conjoint, moyennant une cotisation dite « famille », si l'entreprise a choisi la structure tarifaire « isolé/famille » ;
- à chaque ayant droit du participant et/ou aux enfants à charge de son conjoint, moyennant paiement d'une cotisation individuelle par ayant droit, dont le montant varie selon qu'il s'agit d'un adulte ou d'un enfant à charge, si l'entreprise a choisi la structure tarifaire « adulte/enfant », étant précisé que seuls les deux premiers enfants sont payants.

—  
L'extension familiale des garanties peut être demandée par le participant :

- au moment de son affiliation. Les ayants droit bénéficient alors des garanties en même temps que le participant auquel ils se rattachent ;
- en cours d'année, dans les 30 jours qui suivent l'événement en cas de changement de sa situation familiale ou de modification de la situation professionnelle de son conjoint, tel que défini à l'annexe n° 1. Les ayants droit sont alors admis dans l'assurance à compter du jour de l'événement ;
- annuellement, sous réserve d'en informer l'entreprise adhérente, au plus tard, le 31 octobre de chaque année. Les ayants droit sont alors admis dans l'assurance, à compter du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

### 3. RENONCIATION DU PARTICIPANT À LA GARANTIE OPTIONNELLE ET/OU À L'EXTENSION FAMILLE

Le participant qui a choisi de bénéficier de la garantie optionnelle et/ou d'étendre ses garanties à ses ayants droit peut y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à CCPMA PRÉVOYANCE. Il dispose pour cela d'un délai de 30 jours calendaires révolus, à compter du moment où il est informé que l'affiliation a pris effet, et ce, sous réserve de ne pas avoir demandé dans ledit délai le remboursement de frais de santé engagés.

—

Ce délai expire le dernier jour, à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

—

CCPMA PRÉVOYANCE procède au remboursement de la cotisation à l'entreprise, dans un délai maximal de 30 jours calendaires révolus, à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

—

Le participant doit également informer l'entreprise adhérente de cette renonciation dans la mesure où c'est cette dernière qui précompte la cotisation sur le bulletin de salaire.

—

### 4. RÉSILIATION PAR LE PARTICIPANT DE LA GARANTIE OPTIONNELLE ET/OU DE L'EXTENSION FAMILLE

- Le participant a la faculté de résilier la garantie optionnelle, annuellement, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à CCPMA PRÉVOYANCE, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La résiliation prend alors effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.
- Le participant a la faculté de résilier l'extension familiale de ses garanties :
  - annuellement, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à CCPMA PRÉVOYANCE, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La résiliation prend alors effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante;
  - en cours d'année, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à CCPMA PRÉVOYANCE, dans les 30 jours qui suivent l'événement, en cas de changement dans sa situation familiale ou de modification de la situation professionnelle de son conjoint. La résiliation prend alors effet à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit l'événement.

Le participant doit également informer l'entreprise adhérente de cette résiliation dans la mesure où c'est cette dernière qui précompte la cotisation sur le bulletin de salaire.

—

En cas de résiliation, toute nouvelle demande de souscription de la garantie optionnelle ou d'extension famille des garanties aux ayants droit du participant ne peut intervenir, au plus tôt, qu'à l'expiration d'un délai de 2 ans. Il ne sera dérogé à cette durée de 2 ans, pour ce qui concerne l'extension famille uniquement, qu'en cas de changement de situation familiale ou de modification de la situation professionnelle du conjoint.

#### ARTICLE 4-5

### Étendue territoriale des garanties

—

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

#### ARTICLE 4-6

### Cessation des garanties pour les ayants droit

—

Outre les cas de renonciation et de résiliation prévus aux articles 4-4 §3 et §4 des présentes Conditions générales, les garanties cessent à l'égard des ayants droit dans les conditions suivantes :

- dès que le participant cesse d'être au service de l'entreprise adhérente, pour quelque cause que ce soit;
- dès qu'ils perdent la qualité d'ayant droit, tel que défini à l'annexe n° 1 des présentes Conditions générales.

#### ARTICLE 4-7

### Maintien des garanties

—

#### 1. AU TITRE DE LA PORTABILITÉ

Les dispositions prévues au titre V relatives à la portabilité s'appliquent à la garantie frais de santé, à compter du 1<sup>er</sup> juin 2014.

—

## 2 – MAINTIEN SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL (ARTICLE 4 DE LA LOI ÉVIN)

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi Évin du 31 décembre 1989 modifié par la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013, CCPMA PRÉVOYANCE proposera le maintien de la garantie frais de santé aux anciens salariés ainsi qu'aux ayants droit d'un salarié décédé, dans les 2 mois qui suivent, le cas échéant, la date de cessation de leur contrat de travail ou la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits, ou le décès du salarié. Ainsi, les participants, dont le contrat de travail est rompu et qui répondent à l'une des conditions visées ci-dessous, pourront demander le maintien de leurs garanties dans le cadre d'une adhésion à un contrat individuel, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire :

- être bénéficiaire d'une pension de retraite, étant précisé, s'agissant de ses ayants droit, que le retraité pourra choisir de les couvrir, y compris s'ils n'ont jamais bénéficié du régime auparavant;
- 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 de CCPMA PRÉVOYANCE.

Les ayants droit d'un participant décédé peuvent également bénéficier du maintien du régime durant une durée minimale de 12 mois. Pour les ayants droit bénéficiant déjà du présent régime au moment du décès du participant, le montant de la cotisation appliquée aux actifs leur sera maintenu pendant 12 mois, sans majoration.

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à CCPMA PRÉVOYANCE au plus tard dans les 6 mois après la date de cessation des garanties du contrat.

La cotisation sera appelée par CCPMA PRÉVOYANCE par prélèvement sur le compte bancaire du bénéficiaire.

Seule la garantie conventionnelle sera proposée. La garantie optionnelle ne pourra pas être maintenue.

En outre, seule la structure tarifaire « adulte/enfant » est applicable à cette catégorie de bénéficiaires.

Le tarif applicable à l'ensemble de ces situations de maintien individuel est défini dans les limites prévues par la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Évin » (150 % de la cotisation des actifs).

### ARTICLE 4-8

## Règlement des prestations

Les prestations frais de santé sont réglées par CCMO MUTUELLE.

## Titre 5 — Maintien des garanties au titre de la portabilité

### ARTICLE 5-1 Présentation du dispositif

En cas de cessation du contrat de travail non consécutive à une faute lourde, les anciens salariés bénéficient du maintien des garanties prévues 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 présent contrat, soit le 1<sup>er</sup> juin 2014, s'agissant de la garantie frais de santé ;
- à compter du 1<sup>er</sup> juin 2015 pour l'ensemble des garanties du régime (prévoyance, frais de santé).

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

### ARTICLE 5-2 Bénéficiaires

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

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

### ARTICLE 5-3 Ouverture et durée des droits à portabilité

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

La durée du maintien des garanties est égale à la durée du dernier contrat de travail de l'ancien salarié ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail de l'intéressé lorsqu'ils sont consécutifs dans l'entreprise adhérente. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondi au nombre supérieur, dans la limite maximale de 12 mois.

### ARTICLE 5-4 Obligations de l'entreprise adhérente

L'entreprise adhérente doit informer l'Institution de la cessation du contrat de travail du salarié susceptible d'ouvrir droit à la portabilité, au plus tard, dans les 10 jours suivant la date de cessation de son contrat de travail, ainsi que de la durée maximale de ce maintien.

### ARTICLE 5-5 Obligations de l'ancien salarié

L'ancien salarié doit justifier auprès de CCPMA PRÉVOYANCE, à l'ouverture ainsi qu'au cours de la période de portabilité, qu'il remplit les conditions requises.

À ce titre, l'ancien salarié doit fournir une copie de son certificat de travail et de l'attestation de prise en charge par l'assurance chômage.

Chaque mois, l'ancien salarié doit adresser une copie des attestations de paiement de Pôle emploi.

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

### ARTICLE 5-6 Prestations

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

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

### ARTICLE 5-7 Cessation de la portabilité

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

- à la fin de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit si elle est inférieure à 12 mois ;
- à la date de reprise d'une activité professionnelle par l'ancien salarié ;

- à la date de cessation du versement des allocations chômage;
- en cas de résiliation du présent contrat;
- à la date de liquidation de la pension d'assurance vieillesse du régime de base, y compris pour inaptitude au travail.

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

---

# Annexe 1 — Définitions

## AYANTS DROIT

Le conjoint s'entend de la personne mariée avec le participant et non séparée de corps.

### Sont assimilés au conjoint :

- le cocontractant d'un PACS;
- le concubin justifiant de deux ans de vie commune avec le participant (cette condition n'est plus requise lorsqu'au moins un enfant est né de leur union).

### → Par enfants à charge, il faut entendre :

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

### → Dès lors que ces enfants remplissent l'une des conditions suivantes :

- être âgés de moins de 18 ans;
- être âgés de moins de 26 ans, s'ils sont étudiants, effectuent une formation en alternance, sont demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi et non indemnisés ou assurent une mission de service civique;
- quel que soit leur âge, lorsqu'ils sont invalides au sens de la législation sociale, si l'état d'invalidité a été constaté avant leur 21<sup>e</sup> anniversaire.

## CHANGEMENT DE SITUATION FAMILIALE

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

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

## GROS APPAREILLAGE

En ce qui concerne les véhicules pour personnes handicapées physiques inscrits au titre 4 de la LPP (liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie), le remboursement au titre de la garantie (conventionnelle ou optionnelle) du présent contrat sera limité à 1 000 euros par an et par bénéficiaire (y compris le remboursement du régime de base de Sécurité sociale).

## HOSPITALISATION

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

## MATERNITÉ

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

Le forfait, prévu au tableau des garanties en cas de maternité ou d'adoption, est versé indifféremment au père ou à la mère. En revanche, si les deux parents sont salariés au sein de la même entreprise, le forfait ne sera versé qu'une seule fois.

## MODIFICATION DE LA SITUATION PROFESSIONNELLE DU CONJOINT, DU COCONTRACTANT D'UN PACS OU DU CONCUBIN

On entend par changement intervenant dans la vie professionnelle du conjoint, du cocontractant d'un PACS ou du concubin au sens du présent contrat, l'embauche, la rupture du contrat de travail à l'initiative du salarié ou de l'employeur (démission, licenciement, rupture conventionnelle, préretraite, retraite), la mise en place ou la suppression d'une couverture frais de santé obligatoire dans l'entreprise.

## PLAFOND ANNUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Salaires annuels plafonnés utilisés pour le calcul des cotisations sociales du régime de base.

## PROTHÈSES AUDITIVES

Le remboursement prévu au tableau des garanties comprend les frais d'entretien (changement des piles, des accumulateurs, de pièces détachées, etc.) à raison d'une intervention par an et par bénéficiaire.

## PLAFOND OPTIQUE (MONTURES ADULTE) REPORTABLE

En cas d'absence de consommation du forfait monture, ce dernier est majoré les années suivantes, jusqu'au doublement la 6<sup>e</sup> année. La majoration est accordée si aucune dépense optique n'est réalisée sur l'année précédente. Dès le 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice civil suivant sa souscription, vous disposez d'une majoration de votre plafond optique. Si l'absence de consommation se poursuit, la majoration augmente dans les conditions suivantes :

- Première année N complète : 1 plafond initial
- Année N+1 : 1,15 fois le plafond initial
- Année N+2 : 1,30 fois le plafond initial
- Année N+3 : 1,50 fois le plafond initial

## Annexe 2 — Tableaux de la garantie frais de santé

- Année N+4 : 1,75 fois le plafond initial
- Année N+5 : 2 fois le plafond initial

Dès qu'une dépense d'optique entraîne un remboursement, et quel que soit son montant, le plafond est ramené l'année suivante au montant initial.

### PROTHÈSES DENTAIRES

Les dents de devant sont les incisives, canines et prémolaires dont la numérotation attribuée par la Fédération dentaire internationale est la suivante : 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44, 45, 25, 24, 23, 22, 21, 11, 12, 13, 14, 15.

Les dents du fond sont les molaires dont la numérotation attribuée par la Fédération dentaire internationale est la suivante : 38, 37, 36, 46, 47, 48, 28, 27, 26, 16, 17, 18.

### SALAIRE DE RÉFÉRENCE POUR LES GARANTIES PRÉVOYANCE

Le salaire de référence retenu pour le calcul des prestations prévoyance correspond à la rémunération brute des quatre derniers trimestres civils précédant l'événement ouvrant droit à prestations. Il est calculé en tenant compte de tous les éléments du salaire soumis à cotisations sociales.

Dans le cas où le participant a moins d'un an d'ancienneté dans le réseau visé par la convention collective du réseau CERFRANCE, le salaire de référence est reconstitué proportionnellement à son temps de présence dans le réseau. Dans le cas où le salarié ne justifie pas de quatre trimestres civils entiers d'activité avant son arrêt de travail ou son décès, en raison d'une suspension du contrat de travail non indemnisée, le salaire est reconstitué de la manière suivante :

- lorsque, sur les quatre trimestres, un est entier, le salaire de référence est reconstitué sur la base de ce dernier ;
- dans le cas contraire, un salaire théorique sera demandé à l'entreprise adhérente.

### TICKET MODÉRATEUR

Somme restant à la charge du patient susceptible de varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés.

Ce ticket modérateur est égal à la différence entre la base de remboursement (BR) 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 et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 322-2 du Code de la

Sécurité sociale dues par le patient ne sont pas prises en considération dans le calcul du ticket modérateur.

Les remboursements de la garantie santé sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement (BR) à partir duquel se fonde le régime de base de Sécurité sociale pour le calcul de ses propres remboursements.

—

En l'absence de prise en charge du régime de base, ces mêmes remboursements peuvent aussi être exprimés dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire (pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale).

—

En tout état de cause, l'addition des remboursements du régime de base et du régime complémentaire ne peut pas dépasser le montant des frais réellement engagés par le participant.

—

Les prestations du régime frais de santé sont versées conformément aux dispositions du tableau des remboursements suivant.

## Tableau des garanties hors Alsace-Moselle

Nature des risques	Remboursements conventionnels Hors remboursements du régime de base	Remboursements conventionnels + optionnels Hors remboursements du régime de base
<b>Hospitalisation</b>		
● Frais de soins <sup>(2)</sup>	220 % BR	320 % BR
● Frais de séjour <sup>(2)</sup>	220 % BR	320 % BR
● Forfait journalier hospitalier <sup>(2)</sup>	100 % du forfait dès le 1 <sup>er</sup> jour	100 % du forfait dès le 1 <sup>er</sup> jour
● Forfait actes lourds	–	–
● Chambre particulière <sup>(3)</sup>	60 €/jour	60 €/jour
● Frais d'accompagnant	45 €/jour si enfant moins de 15 ans	45 €/jour si enfant moins de 15 ans
<b>Maternité</b>		
● Maternité – adoption	10 % PMSS	12 % PMSS
<b>Psychiatrie</b>		
● Chambre particulière	60 €/jour limité à 60 jours/an	60 €/jour limité à 60 jours/an
<b>Frais médicaux</b>		
● Consultation d'un généraliste	130 % BR	330 % BR
● Consultation d'un spécialiste	230 % BR	330 % BR
● Radiographie	230 % BR	330 % BR
● Soins, actes techniques <sup>(1)(4)</sup>	TM + 200 % BR	TM + 300 % BR
● Auxiliaires médicaux	240 % BR	340 % BR
● Analyses	240 % BR	340 % BR
● Fournitures médicales, petit appareillage et pansements	235 % BR	335 % BR
● Gros appareillage (prothèses orthopédiques, auditives, etc.)	335 % BR	435 % BR
● Médecine naturelle : acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie	45 €/consultation, limité à 2 consultations/an/bénéficiaire	45 €/consultation, limité à 4 consultations/an/bénéficiaire
<b>Pharmacie</b>		
● Médicaments remboursés	100 % TM	100 % TM
● Vaccins non pris en charge	50 €/an/bénéficiaire	50 €/an/bénéficiaire
<b>Frais de transport</b>		
● Tout transport pris en charge par le régime de base	235 % BR	335 % BR
<b>Optique</b>		
● Honoraires	230 % BR	230 % BR
● Verre simple	75 €/verre/an/bénéficiaire	100 €/verre/an/bénéficiaire
● Verre progressif - complexe	100 €/verre/an/bénéficiaire	200 €/verre/an/bénéficiaire
● Monture adulte	Plafond reportable de 135 € jusqu'à 270 € la 6 <sup>e</sup> année <sup>(5)</sup>	Plafond reportable de 150 € jusqu'à 300 € la 6 <sup>e</sup> année <sup>(6)</sup>
● Monture enfant	120 €/an/bénéficiaire	150 €/an/bénéficiaire
● Lentilles (PEC acceptée)	Forfait de 10 % du PMSS	Forfait de 12 % du PMSS
● Lentilles prescrites (PEC refusée)		
● Chirurgie de l'œil	250 €/œil	250 €/œil
<b>Dentaire</b>		
● Honoraires	230 % BR	330 % BR
● Prothèses dentaires dents de devant (incisives, canines, prémolaires) hors couronne implanto-portée	280 % BR	380 % BR
● Prothèses dentaires dents du fond (molaires) hors couronne implanto-portée	230 % BR	330 % BR
● Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base	322,50 €/an/bénéficiaire	430 €/an/bénéficiaire
● Implantologie (y compris couronne implanto-portée)	700 €/an/bénéficiaire	900 €/an/bénéficiaire
● Orthodontie : prise en charge par le régime de base	200 % BR	300 % BR
<b>PEC cures thermales acceptée</b>		
● Honoraires (surveillance médicale)		
● Frais balnéaires	Forfait de 10 % du PMSS	Forfait de 12 % du PMSS
● Transport et hébergement		
<b>Assistance</b>	<b>Oui</b>	<b>Oui</b>

**BR** : base de remboursement. **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale. **TM** : ticket modérateur. **PEC** : prise en charge.

(1) Y compris en optique et dentaire.

(2) Y compris maternité et psychiatrie.

(3) Y compris maternité.

(4) Y compris les actes suivants prévus par l'arrêté du 8 juin 2006 fixant la liste des prestations de prévention :

- détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum (SC12) ;

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

(5) Majoration de 15 % par an du forfait dans la limite des remboursements indiqués.

Tableau des garanties **Alsace-Moselle**

Nature des risques	Remboursements conventionnels	Remboursements conventionnels + optionnels
	Hors remboursements du régime de base et du régime local	Hors remboursements du régime de base et du régime local
<b>Hospitalisation</b>		
● Frais de soins <sup>(2)</sup>	200 % BR	300 % BR
● Frais de séjour <sup>(2)</sup>	200 % BR	300 % BR
● Forfait journalier hospitalier <sup>(2)</sup>	–	–
● Forfait actes lourds	–	–
● Chambre particulière <sup>(3)</sup>	60 €/jour	60 €/jour
● Frais d'accompagnant	45 €/jour si enfant moins de 15 ans	45 €/jour si enfant moins de 15 ans
<b>Maternité</b>		
● Maternité – adoption	10 % PMSS	12 % PMSS
<b>Psychiatrie</b>		
● Chambre particulière	60 €/jour, limité à 60 jours/an	60 €/jour, limité à 60 jours/an
<b>Frais médicaux</b>		
● Consultation d'un généraliste	100 % BR	300 % BR
● Consultation d'un spécialiste	200 % BR	300 % BR
● Radiographie	200 % BR	300 % BR
● Soins, actes techniques <sup>(1) (4)</sup>	200 % BR	300 % BR
● Auxiliaires médicaux	210 % BR	310 % BR
● Analyses	210 % BR	310 % BR
● Fournitures médicales, petit appareillage et pansements	200 % BR	300 % BR
● Gros appareillage (prothèses orthopédiques, auditives, etc.)	300 % BR	400 % BR
● Médecine naturelle : acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie	45 €/consultation, limité à 2 consultations/an/bénéficiaire	45 €/consultation, limité à 4 consultations/an/bénéficiaire
<b>Pharmacie</b>		
● Médicaments remboursés	100 % TM	100 % TM
● Vaccins non pris en charge	50 €/an/bénéficiaire	50 €/an/bénéficiaire
<b>Frais de transports</b>		
● Tout transport pris en charge	200 % BR	300 % BR
<b>Optique</b>		
● Honoraires	200 % BR	200 % BR
● Verre simple	75 €/verre/an/bénéficiaire	100 €/verre/an/bénéficiaire
● Verre progressif - complexe	100 €/verre/an/bénéficiaire	200 €/verre/an/bénéficiaire
● Monture adulte	Plafond reportable de 135 € jusqu'à 270 € la 6 <sup>e</sup> année <sup>(5)</sup>	Plafond reportable de 150 € jusqu'à 300 € la 6 <sup>e</sup> année <sup>(6)</sup>
● Monture enfant	120 €/an/bénéficiaire	150 €/an/bénéficiaire
● Lentilles (PEC acceptée)	Forfait de 10 % du PMSS	Forfait de 12 % du PMSS
● Lentilles prescrites (PEC refusée)		
● Chirurgie de l'œil	250 €/œil	250 €/œil
<b>Dentaire</b>		
● Honoraires	200 % BR	300 % BR
● Prothèses dentaires dents de devant (incisives, canines, prémolaires) hors couronne implanto-portée	260 % BR	360 % BR
● Prothèses dentaires dents du fond (molaires) hors couronne implanto-portée	210 % BR	310 % BR
● Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base	322,50 €/an/bénéficiaire	430 €/an/bénéficiaire
● Implantologie y compris couronne implanto-portée	700 €/an/bénéficiaire	900 €/an/bénéficiaire
● Orthodontie : PEC acceptée	200 % BR	300 % BR
<b>PEC cures thermales acceptée</b>		
● Honoraires (surveillance médicale)		
● Frais balnéaires	Forfait de 10 % du PMSS	Forfait de 12 % du PMSS
● Transport et hébergement		
<b>Assistance</b>	<b>Oui</b>	<b>Oui</b>

**BR** : base de remboursement. **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale. **TM** : ticket modérateur. **PEC** : prise en charge.

(1) Y compris en optique et dentaire.

(2) Y compris maternité et psychiatrie.

(3) Y compris maternité.

(4) Y compris les actes suivants prévus par l'arrêté du 8 juin 2006 fixant la liste des prestations de prévention :

- détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum (SC12) ;

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

(5) Majoration de 15 % par an du forfait dans la limite des remboursements indiqués.

## Garanties assistance santé

La garantie assistance comprend l'ensemble des prestations mises en œuvre au domicile de l'assuré pour couvrir les conséquences d'une incapacité temporaire consécutive à une maladie, à un accident ou à un décès. Elle est mise en œuvre selon les conditions prévues dans le tableau ci-dessous (conditions générales de la garantie assistance annexées à l'accord du 6 novembre 2012).

Événement/besoin	Prestations	Limites de la prise en charge
<b>Hospitalisation ou décès d'un assuré</b>	Frais de retour anticipé Mise en relation avec un ambulancier	Billet aller simple train 1 <sup>ère</sup> classe ou d'avion classe touriste
<b>Incapacité temporaire d'un assuré<sup>(1)</sup></b>	Frais de transport d'un proche Et, en cas d'hospitalisation, frais d'hébergement en hôtel ou frais de mise à disposition d'un lit à l'hôpital pour ce proche OU Frais d'une aide ménagère pour l'assuré ou pour le conjoint <sup>(2)</sup> resté seul OU Frais de portage de plateaux-repas et livraisons de médicaments	Billet aller-retour train 1 <sup>ère</sup> classe ou d'avion classe touriste, dans la limite de 305 € TTC  Pendant la durée de l'hospitalisation, dans la limite de 46 € TTC par nuit et de 230 € TTC pour l'ensemble de la dépense  OU Pendant la durée de l'incapacité et dans la limite de 20 heures  OU Pendant la durée de l'incapacité, dans la limite de 15 portages de repas et de 2 livraisons de médicaments
<b>Incapacité temporaire ou retour d'hospitalisation d'un assuré de 60 ans et plus<sup>(3)</sup></b>	Mise à disposition d'un dispositif de téléassistance 24 h/24	Pendant la durée de l'incapacité et dans la limite de 2 mois
<b>Incapacité temporaire d'un assuré avec des enfants de moins de 15 ans<sup>(1)</sup></b>	Frais de garde des enfants OU Frais de transport quotidien à l'école OU Frais de transport d'un proche	Pendant la durée de l'incapacité, dans la limite de 20 heures au total  OU Pendant la durée de l'incapacité, dans la limite de 5 jours au total  OU Billet aller-retour train 1 <sup>ère</sup> classe ou d'avion classe touriste, dans la limite de 305 € TTC
<b>Incapacité temporaire d'un enfant assuré de moins de 18 ans<sup>(4)</sup></b>	Frais de transport d'un proche Et, en cas d'hospitalisation, frais d'hébergement en hôtel ou frais de mise à disposition d'un lit à l'hôpital pour ce proche OU Frais de garde OU Frais de soutien scolaire	Billet aller-retour de train 1 <sup>ère</sup> classe ou d'avion classe touriste dans la limite de 305 € TTC  Pendant la durée de l'hospitalisation, dans la limite de 46 € TTC par nuit, l'ensemble n'excédant pas 230 € TTC  OU Pendant la durée de l'incapacité et dans la limite de 20 heures  OU Pendant la durée de l'incapacité et dans la limite de 1 mois (hors vacances scolaires), à raison de 3 heures consécutives par jour
<b>Incapacité temporaire d'un assuré avec des animaux<sup>(1)</sup></b>	Frais des soins apportés par un voisin OU Frais de transport vers une pension animalière	Pendant la durée de l'incapacité, dans la limite de 8 € TTC par jour et pendant 10 jours  OU Pendant la durée de l'incapacité et dans la limite de 305 € TTC

(1) L'une des prestations de cet événement est accordée 2 fois par an et par adhérent.

(2) Ou pour un proche resté seul et vivant de manière permanente sous le même toit que l'assuré.

(3) La prestation de cet événement est accordée une fois par an et par adhérent.

(4) L'une des prestations de cet événement est accordée une fois par an et par enfant assuré.

## Annexe 3 — Tableau des prestations prévoyance

	Incapacité temporaire	Incapacité permanente	Décès	Frais d'obsèques
<b>CADRES</b>	1/365 <sup>e</sup> de 85 % du SR	1/12 <sup>e</sup> de 85 % du SR	<p><b>Option 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Capital de base : 335 % du SR</li> <li>● Majorations familiales : 50 % du SR par enfant à charge</li> </ul> <p><b>Option 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Capital de base : 280 % du SR</li> <li>● Majorations familiales : 30 % du SR par enfant à charge</li> <li>● Rente éducation : <ul style="list-style-type: none"> <li>– 60 % du PMSS, s'il a moins de 11 ans;</li> <li>– 110 % du PMSS, s'il a au moins 11 ans et moins de 16 ans;</li> <li>– 170 % du PMSS, s'il a au moins 16 ans et moins de 18 ans;</li> <li>– 240 % du PMSS, s'il a au moins 18 ans et moins de 26 ans (s'il est étudiant, en formation en alternance, demandeur d'emploi inscrit à Pôle emploi et non indemnisé, ou s'il assure une mission de service civique);</li> <li>– 240 % du PMSS, s'il a au moins 26 ans et est invalide, à condition que son état ait été reconnu avant son 21<sup>e</sup> anniversaire.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Option 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Capital de base : 235 % du SR</li> <li>● Majorations familiales : 25 % du SR par enfant à charge</li> <li>● Rente de conjoint viagère : 0,50 % du SR<sup>(1)</sup></li> <li>● Rente de conjoint temporaire : 0,25 % du SR<sup>(2)</sup></li> </ul> <p><b>Quelle que soit l'option choisie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Décès accidentel : doublement du capital décès de base, en cas de décès par accident</li> <li>● Double effet : doublement du capital décès de base et des majorations familiales, en cas de décès simultané des 2 parents</li> </ul>	100 % PMSS limité aux frais réels.
<b>NON-CADRES</b>	1/365 <sup>e</sup> de 85 % du SR	1/12 <sup>e</sup> de 85 % du SR	<p><b>Option 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Capital de base : 260 % du SR</li> <li>● Majorations familiales : 50 % du SR par enfant à charge</li> </ul> <p><b>Option 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Capital de base : 200 % du SR</li> <li>● Majorations familiales : 30 % du SR par enfant à charge</li> <li>● Rente éducation : <ul style="list-style-type: none"> <li>– 60 % du PMSS, s'il a moins de 11 ans;</li> <li>– 110 % du PMSS, s'il a au moins 11 ans et moins de 16 ans;</li> <li>– 170 % du PMSS, s'il a au moins 16 ans et moins de 18 ans;</li> <li>– 240 % du PMSS, s'il a au moins 18 ans et moins de 26 ans (s'il est étudiant, en formation en alternance, demandeur d'emploi inscrit à Pôle emploi et non indemnisé, ou s'il assure une mission de service civique);</li> <li>– 240 % du PMSS, s'il a au moins 26 ans et est invalide, à condition que son état ait été reconnu avant son 21<sup>e</sup> anniversaire</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Option 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Capital de base : 165 % du SR</li> <li>● Majorations familiales : 25 % du SR par enfant à charge</li> <li>● Rente de conjoint viagère : 0,50 % du SR<sup>(1)</sup></li> <li>● Rente de conjoint temporaire : 0,25 % du SR<sup>(2)</sup></li> </ul> <p><b>Quelle que soit l'option choisie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Décès accidentel : doublement du capital décès de base, en cas de décès par accident</li> <li>● Double effet : doublement du capital décès de base et des majorations familiales, en cas de décès simultané des 2 parents</li> </ul>	100 % PMSS limité aux frais réels.

(1) Ce taux est multiplié par le nombre d'années restant à courir entre l'âge du participant au jour de son décès et l'âge auquel il aurait pu prétendre à une pension de vieillesse à taux plein.  
(2) Ce taux est multiplié par le nombre d'années écoulées entre la date d'entrée du participant dans l'entreprise et son âge au jour du décès, cette différence ne pouvant être inférieure à 5.  
« SR » représente le salaire de référence, tel que défini à l'annexe n° 1.



CCPMA PRÉVOYANCE – Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale  
21, rue de la Bienfaisance – 75382 Paris Cedex 08 – [www.groupagric.com](http://www.groupagric.com)  
Membre du GIE Agrica GESTION – RCS Paris n° 493373 682  
CCMO MUTUELLE – Mutuelle soumise au livre II du Code de la mutualité n° 780 508 073  
6, avenue du Beauvaisis – PAE du Haut-Villé – CS 50993 – 60014 Beauvais Cedex

