

MINISTÈRE
CHARGÉ DE
L'AGRICULTURE

MINISTÈRE
CHARGÉ DE
L'AGRICULTURE

CONDITIONS PARTICULIÈRES
VALANT BULLETIN D'ADHÉSION

GARANTIES OPTIONNELLES

Agents bénéficiaires actifs (hors agents affectés à l'étranger) et leurs ayants droit



**AGRICA
PRÉVOYANCE**

Proches par nature, engagés à vos côtés

PRÉAMBULE



Le Ministère chargé de l'Agriculture a mis en place **un contrat collectif frais de santé à adhésion facultative proposant des garanties optionnelles pour les bénéficiaires actifs (hors agents affectés à l'étranger) et leurs ayants droit** en application :

- de l'accord interministériel du 26 février 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat,
- du décret n°2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat,
- de l'arrêté du 30 mai 2022 définissant le panier de soins interministériel,
- du décret n°2024-678 du 4 juillet 2024 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat,
- de l'accord collectif du 22 mai 2024 instituant un régime complémentaire de remboursement des frais de santé pour les agents du ministère de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire.

Le présent contrat se compose des présentes conditions particulières et des Conditions générales du régime frais de santé de CCPMA PREVOYANCE (référence CG_1434-2024-01).

Les risques du présent contrat font l'objet d'une mutualisation avec ceux des autres contrats santé souscrits par le Ministère chargé de l'Agriculture.

TITRE 2

ADHÉSION DU MINISTÈRE CHARGÉ DE L'AGRICULTURE

Je soussigné(e) :

agissant en qualité de :

ayant pouvoir d'engager le Ministère chargé de l'Agriculture mentionné aux Conditions particulières, reconnais avoir pris connaissance :

- de l'information précontractuelle comprenant le document d'information sur le produit d'assurance, les informations d'ordre général,
- du devis conseil personnalisé et l'avoir signé,
- des Conditions Générales et des Conditions particulières du présent contrat coassuré par CCPMA PREVOYANCE, GROUPAMA Paris Val de Loire et PREDICA;

et décide d'adhérer à la couverture complémentaire facultative frais de santé du Ministère chargé de l'Agriculture coassurée par CCPMA PREVOYANCE, GROUPAMA Paris Val de Loire et PREDICA.

La résiliation de la couverture complémentaire facultative frais de santé du Ministère chargé de l'Agriculture est immédiate dès lors que le régime frais de santé collectif et obligatoire du Ministère chargé de l'Agriculture est résilié.

Conformément à l'article L. 932-6 du Code de la Sécurité sociale, l'administration adhérente met à disposition sur le site www.psc-agriculture-mercier.fr, la Notice d'information établie par CCPMA PREVOYANCE dont elle reconnaît avoir reçu un exemplaire.

Fait en quatre exemplaires, à

Le :

Signatures

Pour le Ministère chargé de l'Agriculture Xavier MAIRE Chef du Service des Ressources Humaines	Pour CCPMA PREVOYANCE Eric GERARD Directeur Général Délégué
Pour GROUPAMA Paris Val de Loire NOM FONCTION	Pour PREDICA NOM FONCTION

Protection des données à caractère personnel

Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative au traitement des données à caractère personnel figurant dans les conditions générales du présent contrat qui m'ont été remises préalablement à l'adhésion et reconnais le caractère obligatoire des réponses à l'ensemble des questions posées.

TITRE 3

CONDITIONS PARTICULIÈRES



ARTICLE 3.1

Administration Adhérente

Ministère chargé de l'Agriculture (n° SIRET : 11007001800012)



ARTICLE 3.2

Prise d'effet du contrat

L'article 2.3.1 « Prise d'effet et durée » des Conditions Générales est abrogé et réécrit comme suit :

L'adhésion au présent contrat prend effet le 1^{er} janvier 2025 et expire le 31 décembre 2028.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction deux fois par période successive d'un an au terme de cette durée ferme, soit une première période de reconduction allant du 1^{er} janvier 2029 au 31 décembre 2029 et une seconde période de reconduction allant du 1^{er} janvier 2030 au 31 décembre 2030. En cas de non reconduction, la décision est notifiée aux organismes assureurs ou à l'Administration adhérente six mois avant la date d'échéance de la période de reconduction.



ARTICLE 3.3

Organismes assureurs

L'article 1.3 « Organismes assureurs » des Conditions générales est modifié comme suit :

Les garanties du contrat sont coassurées par :

- **CCPMA PREVOYANCE**, 21 rue de la Bienfaisance 75382 Paris Cedex 08. Institution de prévoyance, régie par le code de la Sécurité sociale, RCS Paris n°493 373 682, dénommée ci-après « l'Institution ».
- **GROUPAMA Paris Val de Loire**, Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles Paris Val de Loire - 60 bd Duhamel du Monceau - CS 10609 - 45166 Olivet Cedex - Siège social : 161 avenue Paul Vaillant-Couturier - 94258 Gentilly Cedex - 382 285 260 RCS Créteil - Société d'assurance mutuelle régie par le Code des assurances.
- **PREDICA**, Société anonyme au capital de 1 029 934 935 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des Assurances. Siège social : 16-18 boulevard de Vaugirard 75015 PARIS - RCS Paris n° 334 028 123.

CCPMA PREVOYANCE

GROUPAMA Paris Val de Loire

et

PREDICA

sont dénommés ensemble ci-après, « les organismes assureurs ».

CCPMA PREVOYANCE est l'apériteur du présent contrat.

En cas de cessation de la coassurance, dans le but de préserver les droits des participants, il est convenu que CCPMA PREVOYANCE reprendra l'assurance de la totalité du risque.

Les organismes assureurs sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS cedex 09.

ARTICLE 3.4 Délégation de gestion

La gestion

- des adhésions,
- des affiliations,
- des appels de cotisations,
- du paiement des prestations santé,

afférente au présent contrat est déléguée à **MERCER**, dont le siège social est situé Tour Ariane, 92088 Paris la défense.

ARTICLE 3.5 Réseau de soins

Les bénéficiaires actifs et leurs ayants droit couverts bénéficient des services proposés par le réseau de soins ITELIS. Ces services sont mis en œuvre par **ITELIS**, dont le siège social est situé à Le Diapason, 218 Av. Jean Jaurès, 75019 Paris.

ARTICLE 3.6 Identification du Groupement de commandes

En application des articles L.2113-6 et L.2113-7 du code de la commande publique, il a été conclu un groupement de commandes entre :

- Le Ministère chargé de l'agriculture ;
- L'Institut national de l'origine et de la qualité (INAO) ;
- L'Office de développement de l'économie agricole d'outre-mer (ODEADOM) ;
- France AgriMer (FAM) ;
- L'Agence des Services et de Paiements (ASP) ;
- L'Institut national de formation des personnels du Ministère de l'Agriculture (INFOMA) ;
- L'Institut français du cheval et de l'équitation (IFCE) ;
- Les établissements d'enseignement supérieur agricole public :
 - L'école nationale vétérinaire d'Alfort (ENVA),
 - L'école nationale vétérinaire de Toulouse (ENVT),
 - L'école nationale supérieure de paysage (ENSP),
 - L'école nationale supérieure de formation de l'enseignement agricole (ENSFEA),
 - L'école nationale du génie de l'eau et de l'environnement de Strasbourg (ENGEES)
 - L'école nationale supérieure des sciences agronomiques de Bordeaux Aquitaine (Bordeaux Sciences Agro),
 - L'Institut national des sciences et industries du vivant et de l'environnement (Agro Paris Tech),
 - L'Institut national d'enseignement supérieur et de recherche en alimentation, santé animale, sciences agronomiques et de l'environnement (Vet Agro Sup),

- L'Institut national d'enseignement supérieur pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement (Institut Agro) et ses écoles internes,
- L'École nationale vétérinaire, agroalimentaire et de l'alimentation, Nantes-Atlantique (ONIRIS).
- Les établissements d'enseignement technique agricole dont la liste figure en annexe du règlement de la consultation de l'appel d'offres.

ARTICLE 3.7 **Groupe assuré**

Le groupe assuré est constitué par :

- l'ensemble des bénéficiaires actifs affiliés à titre obligatoire au "Panier de soins interministériel" demandant à s'affilier aux garanties optionnelles ;
- les ayants droit des bénéficiaires actifs affiliés à titre facultatif au "Panier de soins interministériel" lorsque le bénéficiaire actif demande à s'affilier aux garanties optionnelles ;

tels que définis à l'article 3.1 et 3.3 de l'accord collectif du 22 mai 2024, les agents employés et rémunérés par les administrations membres du groupement de commandes, à savoir :

Pour les bénéficiaires actifs :

- les agents fonctionnaires (titulaires ou stagiaires) affectés en administration centrale;
- les agents fonctionnaires (titulaires ou stagiaires) des services déconcentrés (DRAAF, DRIAAC, DAAF et DDI), des établissements d'enseignement agricole technique public, des établissements d'enseignement agricole supérieur, de GIP, des établissements publics sous tutelle membres du groupement de commandes ;
- les agents fonctionnaires (titulaires ou stagiaires) de l'administration centrale, des services déconcentrés (DRAAF, DRIAAC, DAAF et DDI), des établissements d'enseignement agricole technique public, des établissements d'enseignement agricole supérieur mis à disposition dans d'autres structures et rémunérés par le Ministère chargé de l'agriculture;
- les agents en position normale d'activité entrants dans le Ministère chargé de l'agriculture et rémunérés par le Ministère chargé de l'agriculture ;
- les enseignants bénéficiant d'un contrat de droit public affectés dans un établissement agricole d'enseignement technique privé dit du « temps plein » sous contrat;
- les agents détachés « entrants »;
- les agents contractuels de droit public et les agents contractuels sous budget – ACB d'établissements publics d'enseignement agricole y compris les agents des établissements publics sous tutelle relevant du groupement de commandes ;
- les agents contractuels de droit privé relevant du code du travail non couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire prévu à l'article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale, dont les apprentis.

Le groupe assuré est constitué des agents en activité en Métropole, dans les DROM (y compris Mayotte), en Polynésie Française (uniquement les fonctionnaires pour ce territoire) et en Nouvelle Calédonie (jusqu'à la date de leur affectation au régime local pour ce dernier territoire) et soumis à la législation française de sécurité sociale ou affiliés à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ou assurés volontaires contre les risques maladie et maternité.

Il est précisé que le groupe assuré ne comprend pas les agents affectés au Ministère chargé de la transition écologique mis à disposition par le Ministère chargé de l'agriculture et qui restent rémunérés par ce dernier

Pour les ayants droits des bénéficiaires actifs:

- Le conjoint non séparé de corps dans les conditions prévues à l'article 296 du code civil;
- La personne liée par un pacte civil de solidarité (PACS);
- Le concubin dans les conditions prévues à l'article 515-8 du code civil;
- Les enfants ou petits enfants des bénéficiaires actifs, de leur conjoint, partenaire de PACS ou concubin, ou un enfant qui leur est confié par décision de justice, à leur charge au sens de l'article 196 du Code général des impôts et ne bénéficiant pas d'un autre régime ou dispositif de protection sociale complémentaire au titre de leur activité professionnelle :

- Agés de moins de 21 ans,

- Agés de moins de 25 ans s'ils justifient de la poursuite de leurs études, sont en contrat d'apprentissage ou demandeurs d'emploi au sens de l'article L.5411-1 du code du travail,

- Handicapés reconnus par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, sans condition d'âge.

Le conjoint veuf/ veuve et l'orphelin du bénéficiaire actif décédé, titulaire d'une pension de réversion ou d'orphelin peuvent conserver à leur demande, la qualité de bénéficiaire ayant droit après le décès du bénéficiaire actif. La demande d'adhésion doit être formulée dans le délai d'un an à compter du décès du bénéficiaire actif.

Peut être affilié au contrat l'ensemble des bénéficiaires constituant le groupe assuré.

Dès l'entrée dans le groupe assuré, le bénéficiaire précité est dénommé « Participant ».

ARTICLE 3.8

Protection des données à caractère personnel

L'article 1.8 « Protection des données à caractère personnel » des Conditions Générales est abrogé et réécrit comme suit :

Un traitement des données à caractère personnel sera mis en œuvre dans le cadre du présent contrat. et le délégataire de gestion sont responsables de ce traitement.

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

Sont traitées les catégories de données suivantes :

- les coordonnées professionnelles des représentants de l'Administration adhérente (nom, prénom, numéro de téléphone, e-mails professionnels) ;
- les données d'identification des participants et, s'il y a lieu, des ayants droit et des bénéficiaires (numéro de Sécurité sociale, civilité, nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse postale, numéro de téléphone, e-mail) ;
- les données relatives à leur situation professionnelle ;
- les données relatives aux décomptes des frais médicaux et de soins, dans le respect du secret médical ;
- les données santé communiquées au Médecin conseil de l'Institution ;
- les données bancaires des participants ;
- le cas échéant, le numéro d'identification de l'espace privé du site internet.

Ces données sont traitées pour les finalités suivantes :

- la gestion de la relation contractuelle et commerciale avec l'Administration adhérente ;
- la gestion administrative et financière du présent contrat ;
- l'appel des cotisations et le paiement des prestations ;
- l'élaboration de statistiques, d'indicateurs de gestion et de qualité ;
- la gestion des éventuelles procédures de médiation ou des éventuelles procédures précontentieuses et contentieuses ;
- la lutte contre la corruption, le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
- la lutte contre la déshérence ;
- la gestion de l'espace privé du site internet.

Afin de lutter contre la fraude à l'assurance, des données personnelles pourront être utilisées pour prévenir, détecter et gérer les fraudes quel qu'en soit l'auteur.

Dans le cadre du dispositif de lutte contre la fraude, ces données personnelles peuvent faire l'objet d'un traitement par l'Institution et le cas échéant, le délégataire de gestion et conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les destinataires des données sont :

- l'Institution, le délégataire de gestion et leurs services ;
- les personnes qui en raison de leurs fonctions sont habilitées à traiter les données et notamment les éventuels mandataires, délégataires de gestion, intermédiaires, réassureurs, coassureurs, distributeurs, les organismes professionnels et organismes assureurs tiers intervenant au présent contrat.

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

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

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

Les personnes concernées disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, d'opposition, ainsi que du droit à la portabilité et à la communication post-mortem de leurs données.

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

Elles peuvent exercer leurs droits en s'adressant au Délégué à la Protection des données par courrier électronique à l'adresse : dpo.blf@groupagric.com ou par courrier postal à l'adresse : Groupe AGRICA, Direction déléguée Maîtrise des Risques, 21 rue de la Bienfaisance, 75382 PARIS cedex 08 ou au Délégué à la Protection des Données de Mercer : par mail à DPD@mercer.com ou par voie postale à MERCER, Délégué à la Protection des Données - Tour Ariane - 5, Place de la Pyramide - 92800 PUTEAUX. .

ARTICLE 3.9 Réclamations - Médiation

L'article 1.8 « Réclamations-médiation » des Conditions Générales est abrogé et réécrit comme suit :

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

- soit par courrier à l'adresse suivante : Service Réclamations, Tour Ariane 92088 Paris La Défense ;
- soit par courriel à mercer.experience.clients@mercer.com .

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

- le code client de l'administration adhérente ou du participant,
- le domaine concerné (santé).

En cas de réclamation sous format papier, le délégataire de gestion adresse un accusé de réception le jour ouvré suivant, puis traite la réclamation dans un délai maximal de 10 jours.

En cas de réclamation par courriel, le délégataire de gestion adresse un accusé de réception le jour ouvré suivant, puis traite la réclamation dans un délai maximal de 5 jours.

Par la suite, un recours peut être présenté par l'administration adhérente ou le participant auprès du Médiateur de la protection sociale (CTIP) en adressant le dossier complet :

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

ARTICLE 3.10 Obligations de l'administration adhérente à l'égard de l'Institution

Par dérogation à l'article 2.11.2 « Obligations de l'entreprise adhérente à l'égard de l'Institution » des Conditions Générales, l'administration adhérente n'est pas responsable du paiement des cotisations.

ARTICLE 3.11 Obligations du participant

En complément des dispositions de l'article 2.12 « Obligations du participant » des conditions générales, il est précisé que le participant s'oblige à verser les cotisations par prélèvement sur son compte bancaire selon les modalités définies aux titres « Cotisations » et « Options facultatives" .

ARTICLE 3.12 Cotisations

▼ **3.12.1 Structure tarifaire**

L'article « Structure tarifaire » des Conditions générales est complété par la structure tarifaire suivante:

Les garanties optionnelles sont accordées moyennant une cotisation dont la structure tarifaire est de type : Agent / Conjoint / Enfant.

Agent /Conjoint /Enfant: Une cotisation individuelle couvrant le type de bénéficiaire défini et dont le montant varie selon qu'il s'agit d'un bénéficiaire actif, de son conjoint ou d'un enfant de plus ou moins de 21 ans.

3.12.2 Taux de cotisation

Par dérogation, l'article 3.2 « Montant des cotisations » des conditions générales est abrogé et réécrit comme suit :

Les garanties du présent contrat sont accordées au participant, moyennant des cotisations dont le montant est fixé mensuellement.

Le montant des cotisations est précisé au barème des cotisations conformément aux cotisations prévues dans l'annexe financière du marché public (DPGF).

La cotisation pourra être proratisée notamment en cas d'entrée du participant dans le groupe assuré, de suspension de la relation de travail ou de rupture de la relation de travail en cours de mois.

Le taux de cotisation des garanties santé est maintenu durant 2 ans soit jusqu'au 31/12/2026.

Quelle que soit l'option choisie, l'employeur prend en charge le financement des garanties optionnelles à hauteur de 50 % de la cotisation et dans la limite d'un plafond de 5 euros par mois.

Il est précisé que toute demande de revalorisation annuelle des cotisations doit être justifiée et documentée par l'organisme assureur et communiquée dans un délai minimum de trois mois avant la date d'effet de la revalorisation. En l'absence de communication de demande de révision des cotisations par l'Institution dans le délai précédemment indiqué, les montants de cotisations de la période en cours continueront d'être appliqués.

La proposition de l'Institution pourra être négociée par l'Administration adhérente.

En cas de déficit constaté, il est prévu un plafond de 10% de revalorisation après les 2 premières années.

Les bénéficiaires du contrat seront informés de la modification de leur cotisation ainsi que de sa date de prise d'effet par l'Institution.

3.12.3 Défait de paiement des cotisations

L'article 3.4 des conditions générales est abrogé et réécrit comme suit :

Les cotisations qui n'ont pas été acquittées par le Participant dans les délais sont passibles de majorations de retard dont le taux est égal 1% du montant des cotisations restant dues. Dans ce cas, l'Institution ou le délégataire de gestion adresse au participant une relance suivie d'une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de mise en demeure restée infructueuse, passé un délai de 30 jours, l'Institution ou le délégataire de gestion pourra suspendre les garanties, puis résilier l'affiliation du Participant, 10 jours plus tard.

L'affiliation non résiliée 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.

En tout état de cause, l'Institution, ou le cas échéant le délégataire de gestion, peut poursuivre le recouvrement des cotisations par toutes voies de droit, les frais engagés étant à la charge du Participant.

ARTICLE 3.13

Affiliation et cessation de l'affiliation

Les dispositions de l'article 2.5.1 « Affiliation des participants » des Conditions générales est modifié comme suit :

L'affiliation à l'option 1, 2 ou 3 prend effet :

- à la date de prise d'effet de l'affiliation au contrat collectif obligatoire socle si la demande du Participant intervient simultanément ;
- à une date ultérieure, le 1er jour du mois civil qui suit la demande du Participant.

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

L'article 2.5.2 « Affiliation des ayants droit » des conditions générales est abrogé et réécrit comme suit :

L'affiliation des ayants droit tels que définis aux présentes Conditions Générales est facultative. Elle n'est possible que si l'ayant droit est affilié au contrat socle Panier de soins interministériel.

Le bénéficiaire actif peut demander au délégataire de gestion l'extension de ses garanties optionnelles au bénéfice de ses ayants droit tels que définis au présent contrat, par leur affiliation au présent contrat.

L'extension des garanties est accordée à un ou plusieurs ayants droit du bénéficiaire actif, selon son choix.

L'extension des garanties peut être demandée par le bénéficiaire actif :

- à la date de prise d'effet de son affiliation au contrat socle interministériel, si leur affiliation est concomitante. Les ayants droit sont alors affiliés et admis dans l'assurance en même temps que le bénéficiaire actif ;
- en cours d'année, dans les 30 jours qui suivent l'évènement en cas de changement dans la situation familiale du bénéficiaire actif. Les ayants droit sont alors affiliés et admis dans l'assurance à compter de la survenance de l'évènement ;
- dans les autres cas, au plus tard, à la date du premier jour du mois civil qui suit la demande.

Les garanties optionnelles sont accordées aux ayants droit, moyennant le versement d'une cotisation par le bénéficiaire actif.

Le bénéficiaire actif a la faculté de dénoncer l'extension des garanties selon les modalités ci-après :

Dénonciation annuelle

La dénonciation de l'extension des garanties aux ayants droit par le bénéficiaire actif s'effectue au moins deux mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours pour que l'extension des garanties à ses ayants droit cesse de produire ses effets au 31 décembre de cette même année.

Le bénéficiaire actif peut dénoncer l'extension des garanties aux ayants droit selon les modalités prévues à l'article L.932-21-3 du Code de la Sécurité sociale telles que décrites ci-après. Le cachet de la poste, la date d'expédition du recommandé électronique ou la date figurant sur le récépissé actant de la demande de dénonciation font foi du respect du préavis de deux mois.

Dénonciation infra-annuelle

Outre cette faculté de dénonciation annuelle, le bénéficiaire actif peut, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de signature du bulletin d'affiliation, dénoncer à tout moment l'extension des garanties aux ayants droit selon les modalités prévues à l'article L.932-21-3 du Code de la Sécurité sociale telles que décrites ci-après.

La dénonciation de l'extension des garanties aux ayants droit prend alors effet un mois calendaire après que le délégataire de gestion ait reçu la notification par le bénéficiaire actif.

Dénonciation en cas de changement de situation familiale

Le bénéficiaire actif peut dénoncer, en cours d'année, l'extension des garanties aux ayants droit, selon les modalités prévues à l'article L.932-21-3 du Code de la Sécurité sociale telles que décrites ci-après, en cas de changement de situation familiale dans les 30 jours qui suivent l'évènement.

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

Modalités de dénonciation annuelle, infra-annuelle ou en cas de changement de situation familiale

La dénonciation par le bénéficiaire actif peut être effectuée, à son choix :

- par tout support durable. A cet effet, le participant peut adresser sa demande via son espace client sur le site www.psc-agriculture-mercer.fr,
- ou par déclaration faite au siège social du délégataire de gestion contre remise d'un récépissé,
- ou par acte extrajudiciaire,
- ou lorsque l'Institution ou le délégataire de gestion propose la souscription de l'extension des garanties aux ayants droit par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Le délégataire de gestion confirme par écrit la réception de la demande de dénonciation effectuée par le bénéficiaire actif.

Les dispositions de l'article 2.9.1 « Cessation de l'affiliation du Participant » des Conditions générales sont complétées par les dispositions suivantes :

L'affiliation du Participant cesse également :

- Dans les cas de suspension du contrat de protection sociale complémentaire (détachement sortant, disponibilité autre que pour des raisons de santé ...) pendant une durée déterminée;
- En cas de demande de dispense d'affiliation d'un bénéficiaire actif déjà affilié;
- A la date de leur affectation au régime local pour les agents en activité en Nouvelle Calédonie;
- En cas de cessation de l'affiliation au contrat socle « Panier de soins interministériel »

Les dispositions de l'article 2.9.2 « Des ayants droit » des Conditions générales, sont complétées comme suit :

Outre les cas de dénonciation prévus à l'article « Affiliation des ayants droit » des présentes Conditions Générales, l'affiliation des ayants droit prend fin :

- à la date de cessation de l'affiliation du bénéficiaire actif au contrat socle « Panier de soins interministériel » ;
- à la date de la dénonciation par le bénéficiaire actif de sa demande d'extension des garanties à ses ayants-droit ;
- à la date de la résiliation de l'adhésion au contrat collectif à adhésion obligatoire, dit panier de soins interministériel ;
- à la date de dénonciation par l'agent de ses garanties optionnelles ;
- dès qu'ils perdent la qualité d'ayant droit précisée à l'article 3.7 des présentes conditions particulières;
- à la date de résiliation du présent contrat collectif à adhésion facultative.

ARTICLE 3.14 Cessation des garanties

L'article 4.8 « Cessation des garanties » des Conditions générales est abrogé et réécrit comme suit :

Les garanties cessent :

- à la date à laquelle intervient la cessation de l'affiliation du Participant dans les conditions prévues à l'article « Cessation de l'affiliation » des présentes Conditions Particulières,
- en cas de non paiement des cotisations conformément aux dispositions prévues à l'article « Défaut de paiement des cotisations » des présentes Conditions Particulières,
- à la date de résiliation du présent contrat par l'Administration adhérente ou par l'Institution,
- à la date de cessation de la relation de travail du Participant.

En tout état de cause, la garantie cesse pour le Participant à la date à laquelle il ne répond plus à la définition des bénéficiaires actifs telle que prévue à l'article 3.1 de l'accord collectif du 22 mai 2024.

La cessation de la garantie du contrat s'opère toujours de plein droit sans aucune formalité.

ARTICLE 3.15 Dispositions applicables en cas de suspension de la relation de travail

L'article 2.8.2 « Suspension du contrat de travail pour une autre cause » des Conditions générales est renommé et modifié comme suit :

2.8.2 - Suspension de la relation de travail pour une autre cause

En cas de suspension de la relation de travail résultant de l'un des cas prévus suivants :

- Congé parental ;
- Disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou lié aux charges parentales (congé d'adoption, de paternité, ...);
- Congé de proche aidant;
- Congé de présence parentale;
- Congé de solidarité familiale ;
- Congé de formation professionnelle,
- Bénéficiaire de l'allocation spécifique de cessation anticipée d'activité,

le Participant conserve sa qualité de bénéficiaire actif et le maintien de ses garanties optionnelles moyennant le versement complet et intégral de la cotisation d'équilibre ainsi que le montant de la cotisation de l'option souscrite.

Le versement de l'intégralité de la cotisation est effectuée par prélèvement sur le compte bancaire du Participant.

L'administration adhérente doit informer l'Institution ou le délégataire de gestion en communiquant les nom, prénom, numéro de Sécurité sociale et la date de la suspension de la relation 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 par l'entreprise adhérente.

A défaut d'information auprès de l'Institution par l'administration adhérente concernant le participant en situation de suspension de relation de travail, le versement de prestations complémentaires au titre des garanties optionnelles durant cette période impliquera le paiement intégral des cotisations correspondantes par le Participant.

ARTICLE 3.16 Maintien des garanties sous forme de contrat individuel

Les dispositions de l'article 4.9 « Maintien des garanties sous forme de contrat individuel » des Conditions générales sont abrogées et réécrites comme suit :

En cas de cessation de la relation de travail entre l'agent et le Ministère chargé de l'agriculture, l'agent peut demander le maintien de ses garanties et, le cas échéant, celles de ses ayants droits couverts à titre facultatif, moyennant le versement complet et intégral de la cotisation correspondant à l'option souscrite en vigueur à la date à laquelle la cotisation est due.

Cette possibilité n'est ouverte qu'aux agents débutant une relation de travail au sein d'un ministère n'ayant pas mis en place un régime complémentaire de remboursement des frais de santé collectif et obligatoire en application de l'accord interministériel du 26 février 2022.

Dès connaissance de cette situation, l'Institution ou le délégataire de gestion informe l'agent de la possibilité de maintenir sa couverture à la garantie frais de santé.

Si l'agent demande le maintien de sa couverture, les cotisations seront versées par prélèvement sur leur compte bancaire.

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

Ce maintien cesse à compter du jour où l'agent est affilié au régime frais de santé collectif et obligatoire de son ministère d'accueil.

ARTICLE 3.17

Portabilité des droits

Les dispositions du préambule du Titre V « Portabilité des droits » des Conditions Générales sont modifiées comme suit :

En cas de cessation de la relation de travail ouvrant droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'ancien agent non retraité peut bénéficier du maintien des garanties frais de santé prévues au présent contrat en application de l'article 7.1 de l'accord collectif du 22 mai 2024, et ce, pour toute notification de rupture intervenue à compter de la date d'effet du présent contrat.

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.

L'article 5.2 des Conditions générales « Ouverture et durée des droits à portabilité » est modifié comme suit :

L'ancien agent non retraité peut ouvrir droit, sous conditions, aux prestations au titre de la portabilité à compter du lendemain de la date de rupture effective de sa relation de travail.

La durée du maintien des garanties frais de santé est égale à la durée de sa dernière relation de travail ou, le cas échéant, de ses dernières relations de travail lorsqu'elles sont consécutives sans période d'interruption de plus de deux mois chez le même employeur.

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

Les autres articles du titre V sont inchangés.

ARTICLE 3.18

Révision des garanties et des cotisations

L'article 2.3.3 « Révisions des garanties ou des cotisations » des Conditions Générales est abrogé et remplacé comme suit :

Les dispositions du présent contrat sont établies en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d'effet. L'engagement de l'Institution est acquis pour autant que ce cadre perdure.

En cas d'évolution ou instauration d'un nouveau cadre législatif de nature à affecter les comptes du régime, tels que par exemple les taxes, contributions ou transfert de charge de toute nature, l'Institution se réserve le droit de modifier les cotisations et les garanties du présent contrat en cohérence avec l'article 3.12.2 des présentes conditions particulières.

L'Administration adhérente peut refuser ces modifications dans **le délai d'un mois suivant la notification** des nouvelles conditions et demander la résiliation du présent contrat, par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception. Passé ce délai, le silence de l'Administration adhérente vaut acceptation des nouveaux montants de cotisations.

Chaque année sont présentés les comptes de résultats de l'exercice précédent du présent régime frais de santé.

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

ARTICLE 3.19 **Résiliation**

Les dispositions du premier paragraphe de l'article 2.3.2 « Résiliation » des Conditions Générales sont abrogées et réécrites comme suit :

Résiliation annuelle:

La résiliation de l'adhésion au contrat par l'Administration adhérente ou l'institution s'effectue au moins six mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 30 juin de l'année en cours pour que l'adhésion au contrat cesse de produire ses effets au 31 décembre de cette même année.

Dans le cas d'une résiliation par l'Administration adhérente, le cachet de la poste, la date d'expédition du recommandé électronique ou la date figurant sur le récépissé actant de la demande de résiliation font foi du respect du préavis de six mois.

La résiliation par l'Institution s'effectue par lettre recommandée avec accusé de réception, le cachet de la poste faisant foi du respect du délai de préavis. Dans ce cas, la personne publique contractante peut imposer la poursuite du marché pendant la durée nécessaire à la passation d'un nouveau marché.

ARTICLE 3.20 **Définitions des intervenants au contrat**

La définition « PARTICIPANT » de l'article 6.1 « Définitions des intervenants au contrat » des Conditions générales est modifiée comme suit :

PARTICIPANT : le bénéficiaire actif de l'administration adhérente, appartenant au groupe assuré désigné aux Conditions Particulières et affilié au présent contrat.

Sont considérés comme ayants droits des bénéficiaires actifs :

- Le conjoint non séparé de corps dans les conditions prévues à l'article 296 du code civil;
- La personne liée par un pacte civil de solidarité (PACS);
- Le concubin dans les conditions prévues à l'article 515-8 du code civil;
- Les enfants ou petits enfants des bénéficiaires actifs, de leur conjoint, partenaire de PACS ou concubin, ou un enfant qui leur est confié par décision de justice, à leur charge au sens de l'article 196 du Code général des impôts et ne bénéficiant pas d'un autre régime ou dispositif de protection sociale complémentaire au titre de leur activité professionnelle :
 - Agés de moins de 21 ans,
 - Agés de moins de 25 ans s'ils justifient de la poursuite de leurs études, sont en contrat d'apprentissage ou demandeurs d'emploi au sens de l'article L. 5411-1 du code du travail,
 - Handicapés reconnus par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, sans condition d'âge.

Le conjoint veuf/ veuve et l'orphelin du bénéficiaire actif décédé, titulaire d'une pension de réversion ou d'orphelin peuvent conserver à leur demande, la qualité de bénéficiaire ayant droit après le décès du bénéficiaire décédé. La demande d'adhésion doit être formulée dans le délai d'un an à compter du décès. La cotisation sera à la charge exclusive de l'ayant-droit.

ARTICLE 3.21 Garanties souscrites

Garanties optionnelles

Le Ministère chargé de l'Agriculture adhère au présent contrat collectif à adhésion facultative afin de proposer des garanties optionnelles à l'ensemble des bénéficiaires appartenant au groupe assuré, par la signature des présentes conditions particulières valant bulletin d'adhésion, dûment remplies et retournées à CCPMA PREVOYANCE.

L'article 2-6 « Options facultatives » des Conditions générales est modifié comme suit :

La couverture obligatoire socle « Panier de soins interministériel » peut être complétée par l'une des trois options dénommées « Option 1 », « Option 2 » ou « Option 3 » telles que prévues au Bulletin d'affiliation.

L'affiliation à ces options facultatives peut être demandée par le participant et prend effet :

- à la date de prise d'effet de son affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire si la demande se fait simultanément,
- le 1er jour du mois civil qui suit la demande d'affiliation .

Le choix d'une option par l'agent bénéficiaire emporte automatiquement adhésion de ses ayants-droit à cette option s'ils ont été déclarés bénéficiaires du contrat socle obligatoire.

La cotisation correspondant à l'option facultative est prélevée selon une périodicité mensuelle directement auprès du participant. Pour la part correspondant au financement patronal, l'agent procédera à une demande de remboursement auprès de son administration.

En cas de dénonciation des garanties optionnelles (passage d'une formule option au socle interministériel) toute nouvelle demande d'affiliation à l'une des options facultatives par le participant ne peut intervenir au plus tôt qu'à l'expiration d'un délai de deux ans. De même pour le passage d'une option à une autre, il ne peut s'opérer qu'après deux ans d'adhésion dans cette option. Cette durée minimale de cotisations n'est pas exigée en cas de changement de situation familiale.

Les dispositions relatives à la dénonciation annuelle, à la dénonciation infra-annuelle et sur les modalités de dénonciation sont inchangées.

ARTICLE 3.22 Tableau des garanties

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

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L160-13 du Code de la sécurité sociale.

Il répond également aux exigences de prise en charge mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale, notamment : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré et médicaments homéopathiques), du forfait patient urgences, du forfait « actes lourds » et du forfait journalier hospitalier et des paniers de soins 100% santé en optique, dentaire et audiologie et respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO) ainsi qu'en dehors des paniers de soins 100% santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optique et du plafond pour les aides auditives.

Les remboursements garantis s'effectuent, poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la classification commune des actes médicaux, dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues au présent tableau de garanties.

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

Il est précisé que les tarifs pratiqués en outre-mer étant différents de ceux pratiqués en Métropole, le remboursement de la Sécurité sociale sera différent.

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, (y compris en cas de changement d'administration faisant partie du groupement de commandes), sauf exceptions prévues par la réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au présent tableau de garanties.

Nature des frais	Remboursement du régime de base Hors Alsace Moselle	Remboursement total Régime de base + Socle + Option 1	Remboursement total Régime de base + Socle + option 2	Remboursement total Régime de base + Socle + Option 3
SOINS COURANTS				
• Honoraires médicaux (y compris actes techniques et téléconsultation) :				
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	140 % BR	180 % BR	225 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	110 % BR	150 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	130 % BR	160 % BR	200 % BR
- Actes Techniques Médicaux adhérent au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
- Actes Techniques Médicaux, non adhérent au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	130 % BR	160 % BR	200 % BR
- Actes de Chirurgie adhérent au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
- Actes de Chirurgie, non adhérent au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	130 % BR	160 % BR	200 % BR
• Honoraires paramédicaux hors masseurs – kinésithérapeutes y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti-grippale par les sages femmes et infirmiers Auxiliaires Médicaux	60 % BR	110 % BR	110 % BR	125 % BR
• Masseurs-kinésithérapeutes	60 % BR	130 % BR	130 % BR	130 % BR
• Consultation psychologue (dispositif MonPsy) dans la limite de 12 séances/an	60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Psychologue - forfait par bénéficiaire	-	40 € / séance max. 6 séances / an	40 € / séance max. 8 séances / an	40 € / séance max. 8 séances / an
• Analyses Médicales et actes de biologie réalisés par un médecin adhérent au DPTM ⁽¹⁾	de 60 % à 100 % BR	100 % BR	125 % BR	125 % BR
• Analyses Médicales et actes de biologie réalisés par un médecin non adhérent au DPTM ⁽¹⁾	de 60 % à 100 % BR	100 % BR	105 % BR	125 % BR
• Actes d'Imagerie Médicale réalisés par un médecin adhérent au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
• Actes d'Imagerie Médicale réalisés par un médecin non adhérent au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	130 % BR	160 % BR	200 % BR
• Actes de prévention ⁽²⁾	de 35 % à 70 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non Invasif	-	183 € par acte	183 € par acte	183 € par acte
• Honoraires de médecines douces : (Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiope, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue) forfait par bénéficiaire	-	40 € / séance max. 4 séances / an	50 € / séance max. 4 séances / an	60 € / séance max. 4 séances / an
• Médicaments				
- Médicament reconnu comme irremplaçables et coûteux	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	30 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	15 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Autres honoraires de pharmaciens remboursés par le régime de base y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti-grippale	de 65 % BR à 100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base (homéopathie, contraceptifs, test de grossesse)	-	70€ / an	70€ / an	70€ / an
- Contraception (homme ou femme), test de grossesse	-	120 € par an	150 € par an	180 € par an
- Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique - forfait par bénéficiaire	-	80€ / an	80€ / an	80€ / an
• Matériel médical				
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (hors aides auditives)	60 % BR ou 100 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR
- Protection périodique durable (Cup / culotte de règle / serviette hygiénique lavable)	-	120 € par an	120 € par an	120 € par an
HOSPITALISATION				
• Frais de séjour	80 % BR ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % FR conventionné 100 % BR sinon
• Honoraires :				
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % BR ou 100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % BR ou 100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
• Forfait actes lourds ⁽³⁾	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR
• Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR
• Forfait patient urgences ⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR
• Chambre particulière court séjour et maternité (par jour/bénéficiaire)	-	60 € / nuit	90 € / nuit	120 € / nuit
• Chambre particulière soins de suite (par jour/bénéficiaire)	-	45 € / nuit	60 € / nuit	90 € / nuit
• Chambre particulière psychiatrie (par jour/bénéficiaire)	-	60 € / nuit	90 € / nuit	120 € / nuit
• Chambre particulière en ambulatoire (par jour/bénéficiaire)	-	35 € / nuit	35 € / nuit	45 € / nuit
• Frais accompagnant – établissement conventionné	-	38,50 € / nuit	38,50 € / nuit	38,50 € / nuit
• Frais accompagnant – établissement non conventionné	-	25 € / nuit	25 € / nuit	25 € / nuit

Nature des frais	Remboursement du régime de base Hors Alsace Moselle	Remboursement total Régime de base + Socle + Option 1	Remboursement total Régime de base + option 2	Remboursement total Régime de base + Socle + Option 3
OPTIQUE				
Monture et verres : Expression des garanties par élément				
Équipement : 2 verres + monture		1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽⁶⁾		
● Équipements 100% santé (Classe A) ⁽⁷⁾				
- Monture	60 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Verre	60 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
-Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
● Autres équipements (Classe B)				
- Monture	60 % BR	100 € / an	100 € / an	100 € / an
- Verre unifocal sphérique ⁽⁸⁾				
Sphère de -6 à +6	60 % BR	80 € / verre	100 € / verre	100 € / verre
Sphère < 6 ou Sphère > 6	60 % BR	175 € / verre	220 € / verre	220 € / verre
- Verre unifocal sphéro - cylindrique ⁽⁸⁾				
Cylindre ≤ + 4, sphère de -6 à 0	60 % BR	80 € / verre	100 € / verre	150 € / verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	60 % BR	80 € / verre	100 € / verre	150 € / verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	60 % BR	175 € / verre	220 € / verre	275 € / verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < -6	60 % BR	175 € / verre	220 € / verre	275 € / verre
Cylindre > + 4, sphère de -6 à 0	60 % BR	175 € / verre	220 € / verre	275 € / verre
- Verre multifocal ou progressif sphérique ⁽⁸⁾				
Sphère de -4 à + 4	60 % BR	175 € / verre	220 € / verre	275 € / verre
Sphère < -4 ou > + 4	60 % BR	225 € / verre	275 € / verre	325 € / verre
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique ⁽⁸⁾				
Cylindre ≤ + 4, sphère de -8 à 0	60 % BR	175 € / verre	220 € / verre	275 € / verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	60 % BR	175 € / verre	220 € / verre	275 € / verre
Cylindre > + 4, sphère de -8 à 0	60 % BR	225 € / verre	300 € / verre	325 € / verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	60 % BR	225 € / verre	300 € / verre	325 € / verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < -8	60 % BR	225 € / verre	300 € / verre	325 € / verre
● Autres prescriptions optique				
● Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B ⁽⁷⁾	60 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
● Supplément pour verre avec filtre ⁽⁷⁾	60 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
● Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	60 % BR + 175 € / an	60% BR + 250 € / an	60% BR + 350 € / an
● Lentilles non remboursées par le régime de base	-	175 € par an	250 € par an	350 € par an
● Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil dont kératotomie (par œil)	-	400 € par œil par an	500 € par œil par an	600 € par œil par an
DENTAIRE		Plafond dentaire : 1500 € / an	Plafond dentaire : 2000 € / an	Plafond dentaire : 3500 € / an
● Soins, actes, consultations et prothèses 100% Santé ⁽⁷⁾				
● Soins, actes et consultations (hors 100% Santé)	60 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
● Prothèses du panier maîtrisé (hors 100% Santé) :				
- Prothèses dentaires fixes (couronnes et bridges)	60 % BR	400 % BR	450 % BR	550 % BR
- Prothèses dentaires amovibles	60 % BR	400 % BR	450 % BR	550 % BR
- Prothèses dentaires provisoires	60 % BR	400 % BR	450 % BR	550 % BR
- Inlay core	60 % BR	400 % BR	450 % BR	550 % BR
- Inlay onlays d'obturation	60 % BR	400 % BR	450 % BR	550 % BR
● Prothèses du panier libre (hors 100% Santé) :				
- Prothèses dentaires fixes - dent visible	60 % BR	300 % BR	450 % BR	550 % BR
- Prothèses dentaires fixes - dent non visible	60 % BR	300 % BR	450 % BR	550 % BR
- Prothèses dentaires amovibles - dent visible	60 % BR	300 % BR	450 % BR	550 % BR
- Prothèses dentaires amovibles - dent non visible	60 % BR	300 % BR	450 % BR	550 % BR
- Prothèses dentaires provisoires	60 % BR	300 % BR	450 % BR	550 % BR
- Inlay core	60 % BR	300 % BR	450 % BR	550 % BR
- Inlay onlays d'obturation	60 % BR	300 % BR	450 % BR	550 % BR
● Orthodontie remboursée par le régime de base	60 % ou 100 % BR	350 % BR	450 % BR	550 % BR
● Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	300 % BR	400 % BR	450 % BR
● Implant dentaire	-	800 € par implant	1000 € par implant	1200 € par implant
● Couronne sur implant	-	300 % BR	450 % BR	850 % BR
● Parodontologie remboursée par le régime de base	-	100% BR + 150 € / an	100% BR + 250 € / an	100% BR + 400 € / an
● Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	150 € / an	250 € / an	400 € / an
AIDES AUDITIVES (9)				
● Equipements 100% Santé (Classe I) ⁽⁷⁾				
● Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 19 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60 % BR	1400 € / prothèse	1400 € / prothèse	100% BR + 1400 € / prothèse
● Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 20 ans	60 % BR	1000 € / prothèse	1200 € / prothèse	100% BR + 1400 € / prothèse
● Piles, accessoires et réparation	60 % BR	100 % BR	100 % BR	300 % BR
CURES THERMALES				
● Forfait de surveillance médicale, pratiques médicales et complémentaires, forfait thermal ⁽¹⁰⁾	65 % ou 70 % BR	200 € / an	300 € / an	400 € / an
● Honoraires ⁽¹⁰⁾ et frais de transport	65 % ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
DIVERS				
● Prime de naissance ou d'adoption (sur présentation de justificatifs)	-	Néant	5% PMSS	15% PMSS
● Transports urgents préhospitaliers (T.U.P.H) remboursés par le régime de base	100% BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
● Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base	55 % BR	100 % BR	125 % BR	125 % BR
● Assistance	-	Inclus	Inclus	Inclus
● Réseau de soins	-	Inclus	Inclus	Inclus

BR: Base de remboursement FR: Frais réels RO: Régime Obligatoire PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité.

Les actes techniques réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes sauf si le tableau de garantie prévoit un remboursement différent.

(2) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(3) **Forfait actes lourds** : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(4) **Forfait journalier hospitalier** : sont exclus les établissements médico-sociaux.

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

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

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

(8)

verre unifocal simple Classe B

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

verre unifocal complexe Classe B

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

verre multifocal ou progressif complexe Classe B

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

verre multifocal ou progressif très complexe Classe B

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

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

(10) En cas de dépassement d'honoraires se référer au poste soins courants « honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes »

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.

Nature des frais	Remboursement du régime de base Alsace Moselle	Remboursement total Régime de base + Socle + Option 1	Remboursement total Régime de base + Socle + option 2	Remboursement total Régime de base + Socle + Option 3
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux (y compris actes techniques et téléconsultation) :				
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	140 % BR	180 % BR	225 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	110 % BR	150 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	130 % BR	160 % BR	200 % BR
- Actes Techniques Médicaux, adhérent au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
- Actes Techniques Médicaux, non adhérent au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	130 % BR	160 % BR	200 % BR
- Actes de Chirurgie, adhérent au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
- Actes de Chirurgie, non adhérent au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	130 % BR	160 % BR	200 % BR
• Honoraires paramédicaux hors masseurs - kinésithérapeutes y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti-grippale - par les sages femmes et infirmiers Auxiliaires Médicaux	90 % BR	110 % BR	110 % BR	125 % BR
• Masseurs-kinésithérapeutes	90 % BR	130 % BR	130 % BR	130 % BR
• Consultation psychologue (dispositif MonPsy) dans la limite de 12 séances/an	90 % BR	100% BR	100 % BR	100 % BR
• Psychologue - forfait par bénéficiaire	-	40 € / séance max. 6 séances / an	40 € / séance max. 8 séances / an	40 € / séance max. 8 séances / an
• Analyses Médicales et actes de biologie réalisés par un médecin adhérent au DPTM ⁽¹⁾	de 90 % à 100 % BR	100 % BR	125 % BR	125 % BR
• Analyses Médicales et actes de biologie réalisés par un médecin non adhérent au DPTM ⁽¹⁾	de 90 % à 100 % BR	100 % BR	105 % BR	125 % BR
• Actes d'Imagerie Médicale réalisés par un médecin adhérent au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
• Actes d'Imagerie Médicale réalisés par un médecin non adhérent au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	130 % BR	160 % BR	200 % BR
• Actes de prévention ⁽²⁾	de 35 % à 90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non Invasif	-	183 € par acte	183 € par acte	183 € par acte
• Honoraires de médecines douces : (Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étioopathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue) forfait par bénéficiaire	-	40 € / séance max. 4 séances / an	50 € / séance max. 4 séances / an	60 € / séance max. 4 séances / an
Médicaments				
- Médicament reconnu comme irremplaçables et coûteux	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	80 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	15 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Autres honoraires de pharmaciens remboursés par le régime de base y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti-grippale	de 90 % BR à 100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base (homéopathie, contraceptifs, test de grossesse)	-	70€ / an	70€ / an	70€ / an
• Contraception (homme ou femme), test de grossesse	-	120 € par an	150 € par an	180 € par an
- Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, tabagisme - forfait par bénéficiaire	-	80€ / an	80€ / an	80€ / an
Matériel médical				
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (hors aides auditives)	90 % BR ou 100 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR
- Fournitures médicales, pansements	90 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR
Protection périodique durable (Cup / culotte de règle / serviette hygiénique lavable)	-	120 € par an	120 € par an	120 € par an
HOSPITALISATION				
• Frais de séjour	100% BR	100 % BR	100 % BR	100% FR conventionné 100% BR sinon
Honoraires :				
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
• Forfait actes lourds ⁽³⁾	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR
• Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR
• Forfait patient urgences ⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR
• Chambre particulière court séjour et maternité (par jour/bénéficiaire)	-	60 € / nuit	90 € / nuit	120 € / nuit
• Chambre particulière soins de suite (par jour/bénéficiaire)	-	45 € / nuit	60 € / nuit	90 € / nuit
• Chambre particulière psychiatrie (par jour/bénéficiaire)	-	60 € / nuit	90 € / nuit	120 € / nuit
• Chambre particulière en ambulatoire (par jour/bénéficiaire)	-	35 € / nuit	35 € / nuit	45 € / nuit
• Frais accompagnant - établissement conventionné	-	38,50 € / nuit	38,50 € / nuit	38,50 € / nuit
• Frais accompagnant - établissement non conventionné	-	25 € / nuit	25 € / nuit	25 € / nuit
OPTIQUE				
Monture et verres : Expression des garanties par élément				
Équipement : 2 verres + monture				
• Equipements 100% santé (Classe A) ⁽⁷⁾				
1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽⁸⁾				
- Monture	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Verre	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Autres équipements (Classe B)				
- Monture	90 % BR	100 € / an	100 € / an	100 € / an
- Verre unifocal sphérique ⁽⁶⁾				
Sphère de -6 à +6	90 % BR	80 € / verre	100 € / verre	100 € / verre
Sphère < 6 ou Sphère > 6	90 % BR	175 € / verre	220 € / verre	220 € / verre
- Verre unifocal sphéro - cylindrique ⁽⁶⁾				
Cylindre ≤ + 4, sphère de -6 à 0	90 % BR	80 € / verre	100 € / verre	150 € / verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	90 % BR	80 € / verre	100 € / verre	150 € / verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	90 % BR	175 € / verre	220 € / verre	275 € / verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < -6	90 % BR	175 € / verre	220 € / verre	275 € / verre
Cylindre > + 4, sphère de -6 à 0	90 % BR	175 € / verre	220 € / verre	275 € / verre
- Verre multifocal ou progressif sphérique ⁽⁶⁾				
Sphère de -4 à + 4	90 % BR	175 € / verre	220 € / verre	275 € / verre
Sphère < -4 ou > + 4	90 % BR	225 € / verre	275 € / verre	325 € / verre
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique ⁽⁶⁾				
Cylindre ≤ + 4, sphère de -8 à 0	90 % BR	175 € / verre	220 € / verre	275 € / verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	90 % BR	175 € / verre	220 € / verre	275 € / verre
Cylindre > + 4, sphère de -8 à 0	90 % BR	225 € / verre	300 € / verre	325 € / verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	90 % BR	225 € / verre	300 € / verre	325 € / verre

Nature des frais	Remboursement du régime de base Alsace Moselle	Remboursement total Régime de base + Socle + Option 1	Remboursement total Régime de base + Socle + option 2	Remboursement total Régime de base + Socle + Option 3
OPTIQUE (suite)				
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < -8	90 % BR	225 € / verre	300 € / verre	325 € / verre
• Autres prescriptions optique	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B ⁽⁷⁾	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Supplément pour verre avec filtre ⁽⁸⁾	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Lentilles remboursées par le régime de base	90 % BR	60 % BR + 175 € / an	60 % BR + 250 € / an	60 % BR + 350 € / an
• Lentilles non remboursées par le régime de base	-	175 € par an	250 € par an	350 € par an
• Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil dont kératotomie (par œil)	-	400 € par œil par an	500 € par œil par an	600 € par œil par an
DENTAIRE				
		Plafond dentaire : 1 500 € / an	Plafond dentaire : 2 000 € / an	Plafond dentaire : 3 500 € / an
• Soins, actes, consultations et prothèses 100% Santé ⁽⁷⁾	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Soins, actes et consultations (hors 100% Santé)	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Prothèses du panier maîtrisé (hors 100% Santé) :				
- Prothèses dentaires fixes (couronnes et bridges)	90 % BR	400 % BR	450 % BR	550 % BR
- Prothèses dentaires amovibles	90 % BR	400 % BR	450 % BR	550 % BR
- Prothèses dentaires provisoires	90 % BR	400 % BR	450 % BR	550 % BR
- Inlay core	90 % BR	400 % BR	450 % BR	550 % BR
- Inlay onlays d'obturation	90 % BR	400 % BR	450 % BR	550 % BR
• Prothèses du panier libre (hors 100% Santé) :				
- Prothèses dentaires fixes - dent visible	90 % BR	300 % BR	450 % BR	550 % BR
- Prothèses dentaires fixes - dent non visible	90 % BR	300 % BR	450 % BR	550 % BR
- Prothèses dentaires amovibles - dent visible	90 % BR	300 % BR	450 % BR	550 % BR
- Prothèses dentaires amovibles - dent non visible	90 % BR	300 % BR	450 % BR	550 % BR
- Prothèses dentaires provisoires	90 % BR	300 % BR	450 % BR	550 % BR
- Inlay core	90 % BR	300 % BR	450 % BR	550 % BR
- Inlay onlays d'obturation	90 % BR	300 % BR	450 % BR	550 % BR
• Orthodontie remboursée par le régime de base	90 % ou 100 % BR	350 % BR	450 % BR	550 % BR
• Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	300% BRR	400 % BR	450 % BR
• Implant dentaire	-	800 € par implant	1000 € par implant	1200 € par implant
• Couronne sur implant	-	300 % BR	450 % BR	850 % BR
• Parodontologie remboursée par le régime de base	100 % BR	100% BR + 150 € / an	100% BR + 250 € / an	100% BR + 400 € / an
• Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	150 € / an	250 € / an	400 € / an
AIDES AUDITIVES (9)				
• Equipements 100% Santé (Classe I) ⁽⁷⁾	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 19 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	90 % BR	1400 € / prothèse	1400 € / prothèse	100% BR + 1400 € / prothèse
• Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 20 ans	90 % BR	1000 € / prothèse	1200 € / prothèse	100% BR + 1400 € / prothèse
• Piles, accessoires et réparation	100 % BR	100 % BR	100 % BR	300 % BR
CURES THERMALES				
• Forfait de surveillance médicale, pratiques médicales et complémentaires, forfait thermal ⁽¹⁰⁾	65 % ou 90 % BR	200 € / an	300 € / an	400 € / an
• Honoraires ⁽¹⁰⁾ et frais de transport	65% ou 90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
DIVERS				
• Prime de naissance ou d'adoption (sur présentation de justificatifs)	-	Néant	5% PMSS	15% PMSS
• Transports urgents préhospitaliers (T.U.P.H) remboursés par le régime de base	100% BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base	100 % BR	100 % BR	125 % BR	125 % BR
• Assistance	-	Inclus	Inclus	Inclus
• Réseau de soins	-	Inclus	Inclus	Inclus

BR: Base de remboursement FR: Frais réels RO: Régime Obligatoire PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité. Les actes techniques réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes sauf si le tableau de garantie prévoit un remboursement différent.

(2) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(3) **Forfait actes lourds** : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120 € (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(4) **Forfait journalier hospitalier** : sont exclus les établissements médico-sociaux.

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

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

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

(8)

verre unifocal simple Classe B

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

verre unifocal complexe Classe B

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

verre multifocal ou progressif complexe Classe B

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

verre multifocal ou progressif très complexe Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S > 8 dioptries

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

(10) En cas de dépassement d'honoraires se référer au poste soins courants « honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes »

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.

ARTICLE 3.23 Services

Les agents ainsi que leurs éventuels ayants-droits peuvent bénéficier des services suivants :

- **OSCAR** : Quels que soient le jour et l'heure, l'assuré est accueilli par un WelcomeBot Oscar. Le WelcomeBot invite l'assuré à exprimer sa demande en langage naturel. Le Welcomebot procède à l'identification et à l'authentification de l'appelant à l'aide de plusieurs critères. L'assuré est orienté soit vers un conseiller disponible et compétent ; soit vers un bot de traitement capable de traiter sa demande de bout en bout ; soit vers un bot de débordement pour qu'il soit rappelé par un conseiller. Une réponse détaillée et exhaustive est alors faite par un conseiller spécialisé.
- **DEUXIEME AVIS MEDICAL** : En cas de situation médicale complexe, les assurés bénéficient d'un second avis médical pour infirmer ou confirmer le diagnostic en moins de 7 jours.
- **TELECONSULTATION (MEDIIVIZ)** : Un service de téléconsultation disponible 24h/24 et 7j/7 donnant accès à 20 spécialités médicales (généralistes, pédiatres, dermatologues, kinésithérapeutes...)
- **HOSPIWAY**: En cas d'hospitalisation, les assurés sont conseillés et orientés vers les meilleurs praticiens et établissements de soins (palmarès des établissements, analyse tarifaire, conseils pour préparer une hospitalisation, soutien psychologique...)
- **PLATEFORME BIEN ETRE** : Cette plateforme est sur l'espace assuré (Mercer Ma santé), et permet de proposer aux agents des tarifs préférentiels sur certains services du domaine de la prévention.
- **PREVENTION ET ACCOMPAGNEMENT SANTE INDIVIDUEL** : Service qui permet de faire de la prévention individuelle selon le sexe, l'âge, la situation de l'agent.

ARTICLE 3.24 Réseau de soins

Les modalités du réseau de soins sont décrites ci-après :

Tout savoir sur les réseaux de soins

Mercer met à votre disposition un réseau de professionnels de santé **partenaires et de confiance**, **facilitant votre accès aux soins** en bénéficiant de **tarifs négociés**.



Qu'est-ce qu'un réseau de soins ?

Un **réseau de soins** regroupe des professionnels de santé, partenaires de confiance, qui permettent de faciliter l'accès aux soins.

Ces réseaux concernent principalement des spécialités médicales et paramédicales donnant souvent lieu à des dépassements d'honoraires élevés et des prises en charge très réduites de la part de l'Assurance Maladie.

Un réseau de soins peut aussi parfois vous permettre de bénéficier d'avantages exclusifs.



Quels sont les avantages des réseaux de soins ?



Consultez des professionnels de santé de confiance qui acceptent le tiers payant, vous évitant d'avancer les frais médicaux.



Bénéficiez d'avantages uniques grâce à votre contrat Santé : réductions, garanties.... Consultez-les au dos de ce document.



Trouvez les professionnels de santé adaptés à vos besoins près de chez vous.

Comment accéder au réseau Itelis et trouver le bon professionnel de santé ?

Connectez-vous à votre espace assuré **Mercer ma santé** à l'adresse suivante : mercermasanté.fr.

1. Sur la page d'accueil, dans l'encart bleu foncé « Vos services inclus au contrat », cliquez sur « **Découvrir** ».
2. Cliquez ensuite sur l'encart correspondant à votre besoin (« Obtenir des lunettes et lentilles », « **Me faire poser une prothèse dentaire** », ou « **Bénéficier d'une aide auditive** »).
3. Puis cliquez sur « **Rechercher un partenaire** ».



Accédez dès à présent à votre **espace assuré** !

Vous connecter à votre compte **Mercer ma santé**

1. Rendez-vous sur mercermasante.fr ou sur Google Play/App Store pour télécharger l'application mobile **Mercer ma santé**.
2. Entrez votre identifiant et votre mot de passe.
3. Cliquez sur « **Connexion** ».

Vos avantages avec Itelis

Vous pouvez retrouver l'ensemble des partenaires Itelis sur votre espace Mercer ma santé via l'outil de géolocalisation, afin de consulter les professionnels de santé les plus proches de chez vous.

Itelis en chiffres, c'est :

3 500

opticiens
partenaires

6 500

chirurgiens-
dentistes
partenaires

40

centres de
chirurgie réfractive
partenaires

3 600

audioprothésistes
partenaires

1 Optique

- Tarifs préférentiels : jusqu'à -40 % sur les verres et -25 % sur les montures
- A partir de 15 % d'économies sur le para optique (solaires, produits lentilles)
- A partir de 10 % d'économies sur les lentilles
- Equipements d'origine certifiée
- Large choix de produits de marque : 8 grandes marques de verriers
- Garanties adaptation, casse ou déchirure pour les lentilles souples de 6 mois ou plus
- Garantie casse pour vos verres et votre monture de 2 ans, sans franchise
- Service d'opticien à domicile : déplacement de l'opticien partenaire avec un camion ultra-équipé sur le lieu de votre choix
- Service optique en ligne avec 100 % Bien vu : commande en ligne de lunettes entièrement prises en charge dans le cadre du 100 % santé (plus de 300 montures, verres de qualité Hoya, expérience client optimale et essayage en réalité augmentée)

Vous souhaitez prendre un rendez-vous avec un opticien 100 % Bien vu en ligne ? Rendez-vous sur [100bienvu.fr](https://www.100bienvu.fr). Pour plus de détails sur les services inclus, renseignez-vous auprès de votre opticien partenaire.

2 Dentaire

- Tarifs négociés sur plus de la moitié des actes du Panier Libre (soins à fort dépassement d'honoraires)
- En moyenne 9 % d'économie
- Exigence en termes d'hygiène et de sécurité
- Garantie 3 ans sur certaines prothèses

3 Audition

- Jusqu'à 15 % d'économie sur les aides auditives
- A partir de 15 % d'économie sur les accessoires (appareils connectés, casque TV, téléphone...)
- A partir de 10 % d'économie sur les produits d'entretien
- Garantie dépannage : prêt gratuit d'aide(s) auditive(s) ou d'accessoires
- Garantie déménagement : remboursement des prestations de suivi de l'appareillage non utilisées

4 Autres soins : référencement de partenaires qualifiés

- 1 200 ostéopathes et chiropracteurs partenaires
- 400 psychologues partenaires
- 150 diététiciens partenaires

Vous pouvez aussi retrouver tous vos opticiens et audioprothésistes partenaires grâce à l'autocollant suivant présent sur les devantures des magasins partenaires :

Pour toute question, contactez votre centre de gestion au **09 69 32 31 05**.





**AGRICA
PRÉVOYANCE**

Proches par nature, engagés à vos côtés

AGRICA PRÉVOYANCE - www.groupagric.com - représente CCPMA PRÉVOYANCE (SIRET 401 679 840 00033), institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale - Membre du GIE AGRICA GESTION (RCS Paris n°493 373 682) - située au 21 rue de la Bienfaisance 75008 Paris et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège est établi 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09

GROUPAMA Paris Val de Loire - Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles Paris Val de Loire - 60 bd Duhamel du Monceau - CS 10609 - 45166 Olivet Cedex - Siège social : 161 avenue Paul Vaillant-Couturier - 94258 Gentilly Cedex -382 285 260 RCS Créteil , soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest - CS92459 - 75436 Paris Cedex 09

PREDICA – Société anonyme au capital de 1 029 934 935 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des Assurances. Siège social : 16-18 boulevard de Vaugirard 75015 PARIS – RCS Paris n° 334 028 123, soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest - CS92459 - 75436 Paris Cedex 09