MINISTÈRE
CHARGÉ DE
L'AGRICULTURE

AGENTS
ACTIFS

NOTICE D'INFORMATION

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Agents bénéficiaires actifs (hors agents affectés à l'étranger)

AGRICA
PRÉVOYANCE
Proches par nature, engagés à vos côtés

SOMMAIRE

TITRE 1 PRÉAMBULE 5

TITRE 2 DISPOSITIONS GÉNÉRALES 6

ARTICLE 2.1 Objet du contrat 6
ARTICLE 2.2 Organismes assureurs 6
ARTICLE 2.3 Délégation de gestion 7
ARTICLE 2.4 Réseau de soins 7
ARTICLE 2.5 Prescription 7
ARTICLE 2.6 Protection des données à caractère personnel 7
ARTICLE 2.7 Réclamations - Médiation 8
ARTICLE 2.8 Fausse déclaration 8
ARTICLE 2.9 Recours contre tiers responsable 8
ARTICLE 2.10 Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme 9

TITRE 3 CONDITIONS D'ÉXÉCUTION DU CONTRAT 10

ARTICLE 3.1 Durée 10
ARTICLE 3.2 Groupe Assuré 10
ARTICLE 3.3 Affiliation et prise d'effet des garanties 11
ARTICLE 3.4 Cessation de l'affiliation 11
ARTICLE 3.5 Dispositions applicables en cas de suspension de la relation de travail 11
ARTICLE 3.6 Vos obligations 12
ARTICLE 3.7 Obligations de votre employeur 12

ARTICLE 3.8 Restitution de l'indû 12
ARTICLE 3.9 Cotisations 12

TITRE 4 VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ 13

ARTICLE 4.1 Bénéficiaires des garanties 13
ARTICLE 4.2 Entrée en vigueur des garanties 13
ARTICLE 4.3 Dispenses d'affiliation 13
ARTICLE 4.4 Montant des garanties 14
ARTICLE 4.5 Règlement des prestations 15
ARTICLE 4.6 Limites et exclusions de la garantie frais de santé 15
ARTICLE 4.7 Etendue territoriale de la garantie frais de santé 15
ARTICLE 4.8 Contrôle des prestations 16
ARTICLE 4.9 Cessation des garanties 16
ARTICLE 4.10 Maintien des garanties sous forme de contrat individuel 16

TITRE 5 PORTABILITÉ DES DROITS 17

ARTICLE 5.1 Bénéficiaires 17
ARTICLE 5.2 Ouverture et durée des droits à portabilité 17
ARTICLE 5.3 Vos obligations 17
ARTICLE 5.4 Prestations 18
ARTICLE 5.5 Cessation de la portabilité 18

TITRE 6 DÉFINITIONS 19

ARTICLE 6.1 Définitions des termes propres au contrat 19

TITRE 7 TABLEAU DE GARANTIES 22

ARTICLE 7.1 Services 29

TITRE 8 RÉSEAU DE SOINS 30

TITRE 9 CONVENTION D'ASSISTANCE 33

PRÉAMBULE

Vous bénéficiez auprès de CCPMA PREVOYANCE, GROUPAMA PARIS VAL DE LOIRE et PREDICA d'un contrat collectif obligatoire souscrit par le Ministère chargé de l'Agriculture pour l'ensemble de ses bénéficiaires actifs (hors agents affectés à l'étranger), mis en place au 1er janvier 2025.

Le contrat vous permet de bénéficier de garanties frais de santé en complément du régime de base de la Sécurité sociale.

La présente Notice d'information, remise par votre employeur, constitue un descriptif des garanties dont vous bénéficiez au titre de ce contrat et de leurs modalités d'application à compter du 1er janvier 2025.

TITRE 2

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 2.1
Objet du contrat

Le présent contrat collectif, souscrit par votre employeur, est un contrat d'assurance complémentaire frais de santé qui vous garantit, dans les conditions exposées ci-après, **le remboursement total ou partiel des dépenses de santé** engagées pour votre compte en complétant acte par acte les prestations versées par le régime de base obligatoire, **dans la limite des frais réellement engagés.**

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

Ce contrat prévoit également des prestations d'assistance, à destination des assurés, pour couvrir les conséquences d'une maladie, d'un accident ou d'un décès (conditions annexées à la présente notice d'information).

Ces prestations sont indépendantes des prestations de protection sociale en matière de prévoyance qui feront l'objet d'un contrat collectif à adhésion facultative proposé par ailleurs.

ARTICLE 2.2
Organismes assureurs

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
- **CREDIT AGRICOLE 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

Et

GROUPAMA Paris Val de Loire

CREDIT AGRICOLE ASSURANCES - PREDICA

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

CCPMA PREVOYANCE est l'apériteur du 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.

La garantie assistance est assurée par :

Mondial Assistance, 7 Rue Dora Maar, 93400 SAINT-OUEN.

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

CCPMA PREVOYANCE peut être désignée dans la documentation contractuelle et les documents de nature publicitaire ou commerciale sous le label AGRICA PREVOYANCE.

ARTICLE 2.3
Délégation de gestion

La gestion

- des affiliations et des dispenses d'affiliation,
- des adhésions,
- de l'appel des 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, dénommé ci-après « le délégataire de gestion ».

ARTICLE 2.4
Réseau de soins

Vous bénéficiez des services proposés par le réseau de soins **Itélis** dont le siège social est situé Le Diapason, 218 Avenue Jean Jaurès, 75019 Paris.

ARTICLE 2.5
Prescription

Toute action relative aux garanties de votre contrat est prescrite dans les conditions de l'article L. 932-13 du Code de Sécurité sociale, à compter de l'évènement qui y donne naissance :

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

Toutefois ce délai ne court pas :

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

Quand votre action, celle de l'administration adhérente, 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'administration 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 ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressé par l'Institution à l'administration 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 2.6
Protection des données à caractère personnel

Un traitement de vos données à caractère personnel sera mis en œuvre dans le cadre du présent contrat. L'Institution et le délégataire de gestion sont les 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 ou du délégataire de gestion, soit le respect d'une obligation conventionnelle ou réglementaire.

Sont traitées les catégories de données suivantes :

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

Ces données sont traitées pour les finalités suivantes :

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

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

Dans le cadre du dispositif de lutte contre la fraude, ces données personnelles peuvent faire l'objet d'un traitement par l'Institution et 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.

Vos données ne font pas l'objet d'un transfert vers des pays tiers n'appartenant pas à l'Union Européenne. Si toutefois, elles devaient faire l'objet d'un tel transfert, l'Institution 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.

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

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

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

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

Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant au Délégué à la Protection des données par courrier électronique à l'adresse : dpo.blf@groupagrica.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 2.7
Réclamations - Médiation

En cas de désaccord persistant concernant le contrat et en dehors de toute demande de renseignement ou d'avis, vous pouvez 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 votre demande soit traitée dans les plus brefs délais, vous devez communiquer

- votre code client,
- 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, vous pouvez présenter un recours auprès du Médiateur de la protection sociale (CTIP), en adressant le dossier complet :

- soit par courrier au siège du CTIP (Centre Technique des Institutions de Prévoyance) - 10, rue 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 2.8
Fausse déclaration

Les déclarations faites tant par votre employeur que par vous-même servent de base aux garanties.

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

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

Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

ARTICLE 2.9
Recours contre tiers responsable

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'Institution est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions du participant, du

bénéficiaire ou de leurs ayants droit, contre les tiers responsables, conformément à l'article L.931-11 du Code de la Sécurité sociale.

En application de ce texte, lorsque vous êtes victime d'un accident (accident de la circulation, accident domestique, agression…), vous devez déclarer à l'assureur de l'auteur le nom de l'Institution, et/ou le nom du délégataire de gestion le cas échéant, en tant que tiers payeurs.

ARTICLE 2.10
Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Les opérations du présent contrat s'inscrivent dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme conformément aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

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

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

TITRE 3

CONDITIONS D'ÉXÉCUTION DU CONTRAT

ARTICLE 3.1
Durée

Le contrat souscrit par votre employeur prend effet le 1er janvier 2025 et expire le 31 décembre 2028 et 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 1er janvier 2029 au 31 décembre 2029 et une seconde période de reconduction allant du 1er janvier 2030 au 31 décembre 2030.

ARTICLE 3.2
Groupe Assuré

Vous appartenez au groupe assuré et bénéficiez des dispositions de la présente notice d'information en tant qu'Agent du Ministère chargé de l'Agriculture ou en tant qu'agent d'un des établissements publics suivants :

- L'Institut national de l'origine et de la qualité (INAO),
- L'Office de développement de l'économie agricole d'outre-mer (ODEADOM),
- FranceAgriMer (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),

lié par une relation de travail avec votre employeur, et sans condition d'ancienneté.

En outre, vous exercez votre activité en Métropole, dans les DROM (y compris Mayotte), en Polynésie Française (uniquement si vous êtes fonctionnaire sur ce territoire) et en Nouvelle Calédonie (jusqu'à la date d'affectation au régime local pour ce territoire) et vous êtes soumis à la législation française de sécurité sociale ou affilié à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ou assuré volontaire contre les risques maladie et maternité dans les conditions prévues aux articles L.762-5 à L.762-6-5 du code de la sécurité sociale.

A ce titre, vous devez être affilié au présent contrat sauf en cas de dispense d'affiliation.

Dès l'entrée dans le groupe assuré, vous êtes dénommé « Participant ».

Vous appartenez au groupe assuré et bénéficiez des dispositions de la présente notice d'information

- en tant que :

- agent fonctionnaire (titulaire ou stagiaire) affecté en administration centrale ;

- agent fonctionnaire (titulaire ou stagiaire) des services déconcentrés (DRAAF, DRIAAF, DAAF et DDI), des établissements d'enseignement agricole technique public, des établissements d'enseignement agricole supérieur, de GIP, d'un des établissements publics susvisés;

- agent fonctionnaire (titulaire ou stagiaire) de l'administration centrale, des services déconcentrés (DRAAF,DRIAAF, DAAF et DDI), des établissements d'enseignement agricole technique public, des établissements d'enseignement agricole supérieur mis à disposition dans d'autres structures et rémunéré par le Ministère chargé de l'agriculture;

- agent en position normale d'activité entrant dans le Ministère chargé de l'agriculture et rémunéré par le Ministère chargé de l'agriculture;

- enseignant bénéficiant d'un contrat de droit public affecté dans un établissement agricole d'enseignement technique privé dit du « temps plein » sous contrat;

- agent détaché « entrant »;

- agent contractuel de droit public y compris les agents contractuels sous budget - ACB d'établissements publics d'enseignement agricole, d'un des établissements publics susvisés;

- agent contractuel de droit privé relevant du code du travail non couvert par un contrat collectif à adhésion obligatoire prévus à l'article L.911 -1 du Code de la Sécurité sociale, dont les apprentis.

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.

ARTICLE 3.3
Affiliation et prise d'effet des garanties

3.3.1 Principe : affiliation obligatoire

Vous devez être obligatoirement affilié au contrat collectif souscrit par le Ministère chargé de l'Agriculture, sans condition d'ancienneté, sauf si vous bénéficiez d'une dispense d'affiliation.

Votre affiliation au contrat collectif prend effet :

- à la date de prise d'effet de l'adhésion du Ministère chargé de l'Agriculture au présent contrat, lorsque vous êtes inscrit sur les registres du personnel et que vous faites partie du groupe assuré ;
- à compter de votre date d'entrée dans le groupe assuré lorsque vous êtes engagé postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion du Ministère chargé de l'Agriculture au présent contrat.

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

Vous devez remplir l'imprimé « Bulletin d'affiliation ». Ce bulletin, dûment complété et signé, doit être remis au délégataire de gestion avec les pièces justificatives.

ARTICLE 3.4
Cessation de l'affiliation

Votre affiliation au contrat cesse :

- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir au groupe assuré tel que défini dans la présente notice d'information ;
- à la date de rupture de votre relation de travail, quel qu'en soit le motif sauf si vous bénéficiez de la portabilité des droits ;
- à la date d'effet de la résiliation du contrat collectif conclu entre votre employeur et l'Institution ;
- dans les cas de suspension du contrat de protection sociale complémentaire (PSC) (détachement sortant, disponibilité autre que pour des raisons de santé…) pendant une durée déterminée. Pour les agents dont le contrat est suspendu en raison de leur affectation à l'étranger, ils seront affiliés au contrat collectif souscrit par le Ministère chargé de l'agriculture dédié aux agents affectés à l'étranger ;
- en cas de demande de dispense d'affiliation de votre part dès lors que vous êtes actif déjà affilié ;
- à la date d'affectation au régime local pour les agents en activité en Nouvelle Calédonie.

Si vous êtes affecté dans un ministère n'ayant pas mis un place un contrat frais de santé collectif et obligatoire, veuillez vous reporter à l'article « Maintien des garanties sous forme de contrat individuel » de la présente notice d'information.

ARTICLE 3.5
Dispositions applicables en cas de suspension de la relation de travail

3.5.1 En cas de suspension de la relation de travail indemnisée :

Vos garanties inscrites au contrat sont maintenues pendant la période de suspension de votre relation de travail, lorsque :

- Vous bénéficiez du versement d'indemnités journalières complémentaires ou d'une pension ou d'une rente complémentaire pour cause de maladie, accident de la vie privée, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle pris en charge par le régime de base des assurances sociales.
- Vous bénéficiez d'un revenu de remplacement versé par votre employeur, notamment en cas d'activité partielle, d'activité partielle longue durée ou en cas de congé de reclassement ou de congé de mobilité.

Dans ces situations, la cotisation frais de santé est due, dans les mêmes conditions que lorsque vous êtes en activité, pendant toute la période suspension de la relation de travail indemnisée.

3.5.2 En cas de suspension de la relation de travail pour une autre cause :

En cas de suspension de votre 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.

Vous conservez votre qualité de bénéficiaire actif et du maintien des garanties moyennant le versement complet de la cotisation d'équilibre correspondante, comprenant la part due par l'agent et celle due par l'employeur.

Le versement de l'intégralité de la cotisation est effectué par prélèvement sur votre compte bancaire.

Votre employeur doit pour cela informer le délégataire de gestion en communiquant vos nom, prénom, numéro de Sécurité sociale et la date de la suspension de votre relation de travail.

A défaut d'information auprès du délégataire de gestion par votre employeur concernant la situation de suspension de votre relation de travail, le versement de prestations complémentaires de la garantie frais de santé durant cette période impliquera le paiement intégral des cotisations correspondantes par votre employeur.

ARTICLE 3.6
Vos obligations

Vous vous obligez :

- à accepter le précompte des cotisations obligatoires sur votre bulletin de paie ;
- à fournir à l'Institution ou au délégataire de gestion, le cas échéant, les renseignements nécessaires à l'établissement de vos droits et obligations ;
- le cas échéant, à transmettre au délégataire de gestion, le bulletin d'affiliation dûment complété et signé, accompagné des pièces justificatives.

ARTICLE 3.7
Obligations de votre employeur

Votre employeur met à votre disposition la présente notice d'information établie par l'Institution, décrivant la garantie sur le site www.psc-agriculture-mercer.fr, sur les espaces privés, sur l'Intranet et dans la Foire Aux Questions. Il doit également vous informer de toute évolution de celle-ci.

Par ailleurs, votre employeur s'oblige vis-à-vis de l'Institution :

- à affilier l'ensemble des agents appartenant au groupe assuré sauf en cas de dispense d'affiliation ;
- à verser les cotisations selon les modalités définies ci-après ;
- à répondre aux questions de l'Institution relatives à l'application du contrat ;
- à fournir à l'Institution ou au délégataire de gestion, le cas échéant, les éléments nécessaires à la gestion du contrat, notamment les entrées et sorties des bénéficiaires actifs.

ARTICLE 3.8
Restitution de l'indû

Conformément aux articles 1302 et 1302-1 du Code civil, toute prestation indûment versée fera l'objet d'une demande de restitution par l'Institution.

ARTICLE 3.9
Cotisations

3.9.1 Taux et montant des cotisations

Les garanties du présent contrat vous sont obligatoirement accordées moyennant le paiement de cotisations exprimées en euros.

La cotisation pourra être proratisée notamment en cas d'entrée dans le groupe assuré, en cas de mise à disposition en cours de mois si l'agent est rémunéré par une administration du groupement, en cas de suspension ou de rupture de la relation de travail en cours de mois.

Votre employeur a choisi la structure tarifaire suivante :

- **Isolé :** une cotisation individuelle couvrant le bénéficiaire actif seul.

3.9.2 Modalités de paiement des cotisations

Exceptées les situations énoncées à l'article 3.5.2, votre cotisation est directement précomptée sur votre bulletin de salaire par votre employeur. Ce dernier a la responsabilité du versement total des cotisations.

Le versement des cotisations à l'Institution est de la responsabilité de votre employeur et doit être effectué avant la date limite de paiement fixée le dernier jour du mois de son exigibilité.

TITRE 4

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 4.1
Bénéficiaires des garanties

Vous bénéficiez de la garantie frais de santé en fonction de la structure tarifaire choisie par votre employeur.

Vos garanties sont accordées selon la structure tarifaire :

- **Isolé :** une cotisation individuelle et obligatoire couvrant le bénéficiaire actif seul.

ARTICLE 4.2
Entrée en vigueur des garanties

Les garanties entrent en vigueur immédiatement, dès la prise d'effet de votre affiliation conformément aux dispositions de l'article « Affiliation et prise d'effet des garanties » de la présente notice d'information.

ARTICLE 4.3
Dispenses d'affiliation

Conformément à l'article 4 de l'accord collectif du 22 mai 2024 instituant un régime complémentaire de remboursement des frais de santé, il est admis que certains agents peuvent choisir de ne pas être affiliés, dés lors qu'ils en font la demande et qu'ils justifient de leur situation. Ainsi l'obligation d'adhérer au contrat collectif, ne s'applique pas si vous justifiez :

- être bénéficiaire de la couverture complémentaire santé solidaire (disposition de l'article L.861 -3 du code de la sécurité sociale). Cette dispense est possible jusqu'à la date à laquelle les agents cessent de bénéficier de cette couverture ;
- être couvert par un contrat individuel pour la couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, à la date d'entrée en vigueur du premier contrat collectif sélectionné par votre employeur ou à la date de votre prise de fonctions, si elle est postérieure. Cette dispense est possible jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel, dans la limite de douze mois ;
- avoir conclu une relation de travail à durée déterminée, à la condition de bénéficier d'une couverture individuelle des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident ;
- être bénéficiaire, pour les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, y compris en tant qu'ayant droit couvert à titre obligatoire ou facultatif, de l'un des dispositifs suivants :
  - Couverture collective à adhésion obligatoire mise en place soit par voie de convention ou d'accord collectif, soit à la suite de ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par l'employeur, soit par une décision unilatérale constatée dans un écrit remis à chaque intéressé (article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale) ;

- Couverture individuelle appelée « chèque santé » ou « versement santé » prévue au I de l'article L.911 -7-1 du Code de la Sécurité sociale ;
- Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières prévu par décret n° 46 -1541 du 22 juin 1946 approuvant le statut national du personnel des industries électriques et gazières ;
- Couverture collective dans la fonction publique territoriale ou hospitalière en application de l'article L.827 -2 du Code Général de la Fonction Publique (CGFP) ;
- Couverture collective des militaires en application de l'article L. 4123-3 du code de la défense.

Il est précisé qu'un agent dispensé de l'obligation d'adhérer peut, à tout moment, renoncer à sa dispense et demander à adhérer au contrat. Dans ce cas, aucune majoration de cotisation ne peut lui être appliquée.

Préalablement à votre demande de dispense, le délégataire de gestion doit vous informer des conséquences de votre choix d'être dispensé. Dès lors, le délégataire de gestion doit vous indiquer que vous n'êtes pas redevable de la cotisation frais de santé et que vous ne bénéficierez pas des prestations, ni du droit à portabilité.

Vous devez compléter le formulaire de demande type mis à disposition par le délégataire de gestion prenant la forme d'une déclaration sur l'honneur indiquant notamment que vous reconnaissez avoir été informé en bonne et due forme.

En cas de contrôle, vous devrez produire à l'administration adhérente les justificatifs permettant de vérifier que vous remplissez les conditions pour bénéficier de la dispense d'affiliation.

Lorsque la dispense prend fin ou n'est pas renouvelée, vous devez en informer le délégataire de gestion dans les plus brefs délais.

ARTICLE 4.4
Montant des garanties

Le présent contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits « responsables », institué par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures. En cas de modifications législatives et/ou réglementaires, les garanties seront automatiquement révisées dans les conditions et délais fixés par les textes.

A ce titre, il répond à l'ensemble des conditions de prise en charge mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Il respecte en outre les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code et par l'arrêté du 30 mai 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.

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

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

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, c'est-à-dire du 1er janvier au 31 décembre (y compris en cas de changement entre 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 tableau de garanties.

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

- L'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par le régime de base. Cette prise en charge n'est pas obligatoire pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie. Néanmoins, elle peut être prévue au tableau de garanties.

- L'intégralité du forfait patient urgences (FPU).

- La participation forfaitaire pour les actes mentionnés au I de l'article L.160-16 du Code de la sécurité sociale (forfait « actes lourds »).

- L'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale, sans limitation de durée, facturé uniquement par les établissements de santé et non par les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées, les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes ...).

- L'intégralité des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité pour les équipements du panier de soins 100% santé :

- En optique, à hauteur des prix limites de vente (PLV) des montures et des verres de classe A fixés par la liste des produits et prestations (LPP) ainsi que la prestation d'appairage et le supplément pour les verres avec filtre afférents à hauteur du PLV.
- En audiologie, à hauteur des PLV des aides auditives de classe I fixés par la LPP.
- Pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté à hauteur des Honoraires Limites de Facturation (HLF) fixés par la convention nationale dentaire du 21 juin 2018.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 4.5
Règlement des prestations

Les prestations du régime frais de santé vous sont réglées **directement par le délégataire de gestion**.

Le présent contrat met à votre disposition un service de tiers payant (dispense d'avance des frais) sur l'ensemble des garanties prévues par ledit contrat, à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale et à hauteur des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité pour les équipements du panier de soins 100% santé conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale.

L'utilisation du tiers payant auprès d'un professionnel de santé est conditionnée à l'acceptation de ce dernier. Pour justifier du tiers payant, le délégataire de gestion, vous délivre une carte complémentaire (sous forme papier) qui devra lui être restitué(e) lorsque vous cessez de bénéficier dudit contrat.

ARTICLE 4.6
Limites et exclusions de la garantie frais de santé

De manière générale, ne sont pas pris en charge :

- **les frais engagés au titre d'actes exécutés avant la date d'entrée en vigueur des garanties ou après la cessation des garanties ;**
- **les frais 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 pour les prestations prises en charge au titre du présent contrat et détaillées dans le tableau des garanties annexé à la présente notice d'information.**
- **les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassement d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale.**
- **le forfait journalier hospitalier des établissements médico-sociaux.**

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

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

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

ARTICLE 4.7
Etendue territoriale de la garantie frais de santé

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 social de base français.

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

ARTICLE 4.8
Contrôle des prestations

En cas de suspicion de fraude aux prestations, l'Institution et/ou le délégataire de gestion se réservent la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales et/ou de demander toutes autres justifications qui leur paraitraient nécessaires, notamment les prescriptions médicales et les factures détaillées.

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

En cas de récupération de la part du régime de base, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, l'Institution et/ou le délégataire de gestion se réservent le droit de récupérer toutes prestations qui vous auront été indûment réglées.

ARTICLE 4.9
Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la date à laquelle intervient la cessation de votre affiliation dans les conditions prévues à l'article « Cessation de l'affiliation » de la présente notice d'information,
- en cas de résiliation du contrat collectif par votre employeur ou par l'Institution,
- à la date de cessation de votre relation de travail.

En tout état de cause, votre garantie cesse à la date à laquelle vous ne répondez 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 vos garanties s'opère toujours de plein droit et sans aucune formalité.

Dans tous les cas, pensez à retourner la carte papier de votre assurance complémentaire santé à l'Institution ou au délégataire de gestion, le cas échéant .

ARTICLE 4.10
Maintien des garanties sous forme de contrat individuel

En cas de cessation de votre relation de travail avec le Ministère chargé de l'agriculture, vous pouvez demander le maintien de vos garanties moyennant le versement complet et intégral de la cotisation d'équilibre 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, le cas échéant, vous adresse une demande de maintien que vous devez lui retourner dûment complétée et signée.

Votre affiliation personnelle prend effet dès le lendemain de la cessation de votre couverture collective, sous réserve que l'Institution ou le délégataire de gestion, le cas échéant, ait reçu votre demande dans le mois qui suit la cessation de votre relation de travail. A défaut, votre affiliation s'effectue le 1er jour du mois qui suit la réception de votre demande de maintien.

Le paiement des cotisations s'effectue par prélèvement automatique sur votre compte bancaire.

Si vous ne demandez pas le 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 vous êtes affilié au régime frais de santé collectif et obligatoire de votre ministère d'accueil.

TITRE 5

PORTABILITÉ DES DROITS

En cas de cessation de votre relation de travail ouvrant droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage, vous pouvez 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.

ARTICLE 5.1
Bénéficiaires

Vous pouvez continuer à bénéficier des garanties frais de santé qui vous couvraient en tant qu'actif lorsque votre relation de travail a été rompue et que vous remplissez les conditions suivantes :

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

Le bénéfice de votre couverture frais de santé est étendu à vos ayants droit s'ils étaient déjà couverts avant la rupture de votre relation de travail.

ARTICLE 5.2
Ouverture et durée des droits à portabilité

En tant qu'ancien agent, vous pouvez ouvrir droit, sous conditions, aux prestations au titre de la portabilité à compter du lendemain de la date de rupture effective de votre relation de travail.

La durée du maintien des garanties frais de santé est égale à la durée de votre dernière relation de travail ou, le cas échéant, de vos 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.

ARTICLE 5.3
Vos obligations

Pour bénéficier des garanties frais de santé, vous devez justifier auprès de l'Institution ou du délégataire de gestion, le cas échéant, à l'ouverture ainsi qu'au cours de la période de portabilité, que vous remplissez les conditions requises.

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

Chaque mois, vous devez adresser une copie des attestations de paiement de France Travail.

Vous devez informer le délégataire de gestion, le cas échéant, de la cessation du versement des allocations chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité. A défaut de présentation des justificatifs, vos droits seront clôturés.

ARTICLE 5.4
Prestations

Les prestations des garanties frais de santé qui vous sont accordées au titre de la portabilité sont identiques à celles définies par le présent contrat pour les agents en activité.

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

ARTICLE 5.5
Cessation de la portabilité

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

- à la fin de la durée de maintien à laquelle vous avez droit si elle est inférieure à 12 mois ;
- à la date à laquelle vous reprenez une activité professionnelle ;
- à la date de cessation du versement des allocations chômage ;
- à la date de la liquidation de la pension d'assurance vieillesse du régime de base, y compris pour inaptitude au travail ;
- en cas de décès ;
- en cas de résiliation du présent contrat collectif par votre employeur.

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.

TITRE 6

DÉFINITIONS

ARTICLE 6.1
Définitions des termes propres au contrat

100% SANTE

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

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

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

AIDES AUDITIVES

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

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

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

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

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

Synonymes : audioprothèses, prothèses auditives, appareils auditifs

BASE DE REMBOURSEMENT

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

On distingue :

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

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

CONTRAT RESPONSABLE

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

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

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

CONTRAT SOLIDAIRE

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

CONVENTIONNE/NON CONVENTIONNE

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

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

CURE THERMALE

Séjour dans un centre thermal afin de traiter certaines affections. Les cures thermales sont remboursées par le régime de base obligatoire sous certaines conditions. Elles doivent être prescrites par un médecin.

DEPASSEMENT D'HONORAIRES

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

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

FORFAIT ACTES LOURDS

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

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

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

FRAIS DE SEJOUR

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

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

FRAIS REELS

Terme qui désigne :

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

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

HONORAIRE LIMITE DE FACTURATION

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

HONORAIRES PARAMEDICAUX

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

HOSPITALISATION

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

MATERIEL MEDICAL

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

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

MATERNITE

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

OPTAM/OPTAM-CO (OPTIONS PRATIQUES TARIFAIRES MAÎTRISÉES)

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

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

OPTIQUE

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

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

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

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

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

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

PLAFOND MENSUEL DE LA SECURITE SOCIALE (PMSS)

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

PRIX LIMITE DE VENTE

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

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

PROTHESES DENTAIRES

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

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

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

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

TELECONSULTATION

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

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

TICKET MODERATEUR

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

TIERS PAYANT

Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par le régime de base obligatoire et/ou les assureurs complémentaires santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient.

Synonyme : dispense d'avance des frais

Les définitions ci-dessus ont pour but d'aider les personnes assurées par le contrat à mieux comprendre les garanties dont ils bénéficient au titre du présent contrat complémentaire santé. Toutefois, si le participant souhaite obtenir des informations complémentaires, les organismes d'assurance maladie complémentaires réunis au sein de l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire) ont élaboré divers documents permettant de mieux comprendre les contrats complémentaire santé et notamment un glossaire définissant de façon détaillée les soins et prestations effectués par les professionnels de santé, les conditions et modalités de remboursement éventuel de ces soins et prestations par les Régimes obligatoires de protection sociale et/ou par les complémentaires santé.

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

http://www.unocam.fr

TITRE 7

TABLEAU DE 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 L.160-13 du Code de la sécurité sociale.

Il répond également aux exigences de prise en charge mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale, 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 entre 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.

Les garanties prévues par le présent contrat « Panier de soins interministériel » peuvent être complétées par des garanties optionnelles. Les options 1, 2 et 3, et leurs modalités d'affiliation sont décrites dans une notice d'information spécialement dédiée.

Nature des frais	Remboursement du régime de base Hors Alsace Moselle	Remboursement complémentaire SOCLE " Panier interministériel"	Remboursement total "Panier de soins interministériel" Socle et Régime de base inclus
SOINS COURANTS			
• **Honoraires médicaux (y compris actes techniques et téléconsultation) :**			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM [1]	70 % BR	30 % BR	**100 % BR**
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM [1]	70 % BR	30 % BR	**100 % BR**
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM [1]	70 % BR	80 % BR	**150 % BR**
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM [1]	70 % BR	60 % BR	**130 % BR**
- Actes Techniques Médicaux, adhérent à l'OPTAM	70 % BR	80 % BR	**150 % BR**
- Actes Techniques Médicaux, non adhérent à l'OPTAM	70 % BR	60 % BR	**130 % BR**
- Actes de Chirurgie, adhérent à l'OPTAM	70 % BR	60 % BR	**130 % BR**
- Actes de Chirurgie, non adhérent à l'OPTAM	70 % BR	30 % BR	**100 % 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	40 % BR	**100 % BR**
• **Masseurs-kinésithérapeutes**	60 % BR	70 % BR	**130 % BR**
• **Consultation psychologue (dispositif MonPsy)** dans la limite de 12 séances/an	60 % BR	40% BR	**100% BR**
• **Psychologue - forfait par bénéficiaire**	-	30 € / séance max. 4 séances / an	**30 € / séance max. 4 séances / an**
• **Analyses Médicales et actes de biologie réalisés par un médecin adhérent à l'OPTAM**	de 60 % à 100 % BR	0% BR à 40% BR	**100 % BR**
• **Analyses Médicales et actes de biologie réalisés par un médecin non adhérent à l'OPTAM**	de 60 % à 100 % BR	0% BR à 40% BR	**100 % BR**
• **Actes d'Imagerie Médicale réalisés par un médecin adhérent à l'OPTAM**	70 % BR	60 % BR	**130 % BR**
• **Actes d'Imagerie Médicale réalisés par un médecin non adhérent à l'OPTAM**	70 % BR	30 % BR	**100 % BR**
• **Actes de prévention** [2]	de 35 % à 70 % BR	30% BR à 65% BR	**100 % BR**
• **Amniocenthèse, Dépistage Prénatal Non Invasif**	-	183 €/ acte	**183 €/ acte**
• **Honoraires de médecines douces** : (Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiopathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue) forfait par bénéficiaire	-	40 € / séance max. 2 séances / an	**40 € / séance max. 2 séances / an**
• **Médicaments**			
- Médicament reconnus comme irremplaçables et coûteux	100 % BR	-	**100 % BR**
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	65 % BR	35 % BR	**100 % BR**
- Médicaments à service médical rendu "modéré" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	30 % BR	70 % BR	**100 % BR**
- Médicaments à service médical rendu "faible" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	15 % BR	85 % 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	35 % BR ou 0 % BR	**100 % BR**
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base (homéopathie, contraceptifs, test de grossesse)	-	70€ / an	**70€ / an**
-Contraception (homme ou femme), test de grossesse		80€ / an	**80€ / an**
- Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique - forfait par bénéficiaire	-	80€ / an	**80€ / an**
• **Matériel médical**			
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (hors aides auditives)	60 % BR ou 100 % BR	100% ou 140% BR	**200 % BR**
- Fournitures médicales , pansements	60 % BR	140 % BR	**200 % BR**
HOSPITALISATION			
• **Frais de séjour**	80% BR ou 100% BR	0% BR à 20% BR	**100 % BR**
• **Honoraires :**			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM [1]	80 % BR ou 100 % BR	50% BR à 70%BR	**150 % BR**
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM [1]	80 % BR ou 100 % BR	30% BR à 50%BR	**130 % BR**
• **Forfait actes lourds** [3]	-	100 % BR	100 % FR
• **Forfait journalier hospitalier** [4]	-	100 % BR	100 % FR
• **Forfait patient urgences** [5]	-	100 % BR	100 % FR
• **Chambre particulière** court séjour et maternité (par jour/bénéficiaire)	-	50 € / nuit	**50 € / nuit**
• **Chambre particulière soins de suite** (par jour/bénéficiaire)	-	40 € / nuit	**40 € / nuit**
• **Chambre particulière psychiatrie** (par jour/bénéficiaire)	-	45 € / nuit	**45 € / nuit**
• **Chambre particulière en ambulatoire** (par jour/bénéficiaire)	-	25 € / nuit	**25 € / nuit**
• **Frais accompagnant - établissement conventionné**	-	38,50 € / nuit	**38,50 € / nuit**
• **Frais accompagnant - établissement non conventionné**	-	25 € / nuit	**25 € / nuit**

Nature des frais	Remboursement du régime de base Hors Alsace Moselle	Remboursement complémentaire SOCLE " Panier interministériel"	Remboursement total "Panier de soins interministériel" Socle et Régime de base inclus
OPTIQUE			
Monture et verres : Expression des garanties par élément			
Equipement : 2 verres + monture		1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans [6]	
• **Equipements 100% santé** (Classe A) [7]			
- Monture	60 % BR	Frais réels - RO	**Frais réels**
- Verre	60 % BR	Frais réels - RO	**Frais réels**
-Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60 % BR	Frais réels - RO	**Frais réels**
• **Autres équipements** (Classe B)			
- Monture	60 % BR	50 € / an - RO	**50 € / an**
- Verre unifocal sphérique [8]			
Sphère de -6 à +6	60 % BR	60 € / verre - RO	**60 € / verre**
Sphère < 6 ou Sphère > 6	60 % BR	110 € / verre - RO	**110 € / verre**
- Verre unifocal sphéro - cylindrique [8]			
Cylindre ≤ + 4, sphère de -6 à 0	60 % BR	60 € / verre - RO	**60 € / verre**
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	60 % BR	60 € / verre - RO	**60 € / verre**
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	60 % BR	110 € / verre - RO	**110 € / verre**
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < -6	60 % BR	110 € / verre - RO	**110 € / verre**
Cylindre > + 4, sphère de -6 à 0	60 % BR	110 € / verre - RO	**110 € / verre**
- Verre multifocal ou progressif sphérique [8]			
Sphère de -4 à + 4	60 % BR	150 € / verre - RO	**150 € / verre**
Sphère < -4 ou > + 4	60 % BR	200 € / verre - RO	**200 € / verre**
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique [8]			
Cylindre ≤ + 4, sphère de -8 à 0	60 % BR	150 € / verre - RO	**150 € / verre**
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	60 % BR	150 € / verre - RO	**150 € / verre**
Cylindre > + 4, sphère de -8 à 0	60 % BR	200 € / verre - RO	**200 € / verre**
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	60 % BR	200 € / verre - RO	**200 € / verre**
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < -8	60 % BR	200 € / verre - RO	**200 € / verre**
• **Autres prescriptions optique**	60 % BR	40 % BR	**100 % BR**
• **Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B** [7]	60 % BR	Frais réels - RO	**Frais réels**
• **Supplément pour verre avec filtre** [7]	60 % BR	Frais réels - RO	**Frais réels**
• **Lentilles remboursées par le régime de base**	60 % BR	100 € / an -60 % BR Au dela 100 % TM	**100 € /an au dela 100 % BR**
• **Lentilles non remboursées par le régime de base**	-	100€ / an	**100€ / an**
• **Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil dont kératotomie (par œil)**	-	400 €/ œil et / an	**400 €/ œil et / an**
DENTAIRE			
• **Soins, actes, consultations et prothèses 100% Santé** [7]	60 % BR	Frais réels - RO	**Frais réels**
• **Soins, actes et consultations** (hors 100% Santé)	60 % BR	40 % BR	**100 % BR**
• **Prothèses du panier maitrisé** (hors 100% Santé) :			
- Prothèses dentaires fixes (couronnes et bridges)	60 % BR	315 % BR	**375 % BR**
- Prothèses dentaires amovibles	60 % BR	315 % BR	**375 % BR**
- Prothèses dentaires provisoires	60 % BR	315 % BR	**375 % BR**
- Inlay core	60 % BR	315 % BR	**375 % BR**
- Inlay onlays d'obturation	60 % BR	90 % BR	**150 % BR**
• **Prothèses du panier libre** (hors 100% Santé) :			
- Prothèses dentaires fixes - dent visible	60 % BR	240 % BR	**300 % BR**
- Prothèses dentaires fixes - dent non visible	60 % BR	190 % BR	**250 % BR**
- Prothèses dentaires amovibles - dent visible	60 % BR	240 % BR	**300 % BR**
- Prothèses dentaires amovibles -dent non visible	60 % BR	190 % BR	**250 % BR**
- Prothèses dentaires provisoires	60 % BR	240 % BR	**300 % BR**
- Inlay core	60 % BR	140 % BR	**200 % BR**
• **Orthodontie remboursée par le régime de base**	60 % ou 100 % BR	190% BR à 150% BR	**250 % BR**
• **Orthodontie non remboursée par le régime de base**	-	400 € par semestre	**400 € par semestre**
• **Implant dentaire**	-	500 € par implant (limité à 2 par an)	**500 € par implant (limité à 2 par an)**
• **Couronne sur implant**	-	200 € par couronne (limité à 2 par an)	**200 € par couronne (limité à 2 par an)**
• **Parodontologie remboursée par le régime de base**	60 % BR	40 % BR	**100 % BR**
AIDES AUDITIVES (9)			
• **Equipements 100% Santé** (Classe I) [7]	60 % BR	Frais réels - RO	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	60 % BR	40 % BR	**100 % BR**
• **Aides auditives Classe II** prises en charge par le régime de base à partir de 20 ans	60 % BR	800 € / prothèse - RO	**800 € / proth ès e**
• **Piles, accessoires et réparation**	60 % BR	40 % BR	**100 % BR**
CURES THERMALES			
• **Honoraires** [10] **et frais de transport**	65% ou 100 % BR	0% BR à 35% BR	**100 % BR**
DIVERS			
• **Transports urgents préhospitaliers (T.U.P.H) remboursés par le régime de base**	100% BR	-	**Frais réels**
• **Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base**	55 % BR	45 % BR	**100 % BR**
• **Assistance**	-	inclus	**inclus**
• **Réseau de soins**	-	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 eff ectué 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- I 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 fixéspar 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 professif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 8 dioptries

v**erre 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 ≥ 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 complémentaire SOCLE " Panier interministériel"	Remboursement total "Panier de soins interministériel" Socle et Régime de base inclus
SOINS COURANTS			
• **Honoraires médicaux (y compris actes techniques et téléconsultation) :**			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM [1]	90 % BR	10 % BR	**100 % BR**
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM [1]	90 % BR	10 % BR	**100 % BR**
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM [1]	90 % BR	60 % BR	**150 % BR**
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM [1]	90 % BR	40 % BR	**130 % BR**
- Actes Techniques Médicaux, adhérent à l'OPTAM	90 % BR	60 % BR	**150 % BR**
- Actes Techniques Médicaux, non adhérent à l'OPTAM	90 % BR	40 % BR	**130 % BR**
- Actes de Chirurgie, adhérent à l'OPTAM	90 % BR	40 % BR	**130 % BR**
- Actes de Chirurgie, non adhérent à l'OPTAM	90 % BR	10 % BR	**100 % 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	10 % BR	**100 % BR**
• **Masseurs-kinésithérapeutes**	90 % BR	40 % BR	**130 % BR**
• **Consultation psychologue (dispositif MonPsy)** dans la limite de 12 séances/an	90 % BR	10 % BR	100% BR
• **Psychologue - forfait par bénéficiaire**	-	30 € / séance max. 4 séances / an	**30 € / séance max. 4 séances / an**
• **Analyses Médicales et actes de biologie réalisés par un médecin adhérent à l'OPTAM**	de 90 % à 100 % BR	0% BR à 10% BR	**100 % BR**
• **Analyses Médicales et actes de biologie réalisés par un médecin non adhérent à l'OPTAM**	de 90 % à 100 % BR	0% BR à 10% BR	**100 % BR**
• **Actes d'Imagerie Médicale réalisés par un médecin adhérent à l'OPTAM**	90 % BR	40 % BR	**130 % BR**
• **Actes d'Imagerie Médicale réalisés par un médecin non adhérent à l'OPTAM**	90 % BR	10 % BR	**100 % BR**
• **Actes de prévention** [2]	de 35 % à 90 % BR	10% BR à 65% BR	**100 % BR**
• **Amniocenthèse, Dépistage Prénatal Non Invasif**			**183 €/ acte**
• **Honoraires de médecines douces** : (Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiopathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue) forfait par bénéficiaire	-	40 € / séance max. 2 séances / an	**40 € / séance max. 2 séances / an**
• **Médicaments**			
- Médicament reconnus comme irremplaçables et coûteux	100 % BR	-	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	90 % BR	10 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	80 % BR	20 % BR	**100 % BR**
- Médicaments à service médical rendu "faible" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	15 % BR	85 % 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	10 % BR ou 0 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base (homéopathie, contraceptifs, test de grossesse)	-	70€ / an	**70€ / an**
• **Contraception (homme ou femme), test de grossesse**		80€ / an	**80€ / an**
- Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique - forfait par bénéficiaire	-	80€ / an	**80€ / an**
• **Matériel médical**			
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (hors aides auditives)	90 % BR ou 100 % BR	100% ou 110% BR	**200 % BR**
- Fournitures médicales , pansements	90 % BR	110 % BR	**200 % BR**
HOSPITALISATION			
• **Frais de séjour**	100% BR	-	**100 % BR**
• **Honoraires :**			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM [1]	100 % BR	50 % BR	**150 % BR**
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM [1]	100 % BR	30 % BR	**130 % BR**
• **Forfait actes lourds** [3]	-	100 % FR	100 % FR
• **Forfait journalier hospitalier** [4]	-	100 % FR	100 % FR
• **Forfait patient urgences** [5]	-	100 % FR	100 % FR
• **Chambre particulière** court séjour et maternité (par jour/bénéficiaire)	-	50 € / nuit	**50 € / nuit**
• **Chambre particulière soins de suite** (par jour/bénéficiaire)	-	40 € / nuit	**40 € / nuit**
• **Chambre particulière psychiatrie** (par jour/bénéficiaire)	-	45 € / nuit	**45 € / nuit**
• **Chambre particulière en ambulatoire** (par jour/bénéficiaire)	-	25 € / nuit	**25 € / nuit**
• **Frais accompagnant - établissement conventionné**	-	38,50 € / nuit	**38,50 € / nuit**
• **Frais accompagnant - établissement non conventionné**	-	25 € / nuit	**25 € / nuit**

Nature des frais	Remboursement du régime de base Alsace Moselle	Remboursement complémentaire SOCLE " Panier interministériel"	Remboursement total "Panier de soins interministériel" Socle et Régime de base inclus
OPTIQUE			
Monture et verres : Expression des garanties par élément			
Equipement : 2 verres + monture		1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans [6]	
• **Equipements 100% santé** (Classe A) [7]			
- Monture	90 % BR	Frais réels - RO	**Frais réels**
- Verre	90 % BR	Frais réels - RO	**Frais réels**
-Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	90 % BR	Frais réels - RO	**Frais réels**
• **Autres équipements** (Classe B)			
- Monture	90 % BR	50 € / an - RO	**50 € / an**
- Verre unifocal sphérique [8]			
Sphère de -6 à +6	90 % BR	60 € / verre - RO	**60 € / verre**
Sphère < 6 ou Sphère > 6	90 % BR	110 € / verre - RO	**110 € / verre**
- Verre unifocal sphéro - cylindrique [8]			
Cylindre ≤ + 4, sphère de -6 à 0	90 % BR	60 € / verre - RO	**60 € / verre**
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	90 % BR	60 € / verre - RO	**60 € / verre**
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	90 % BR	110 € / verre - RO	**110 € / verre**
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < -6	90 % BR	110 € / verre - RO	**110 € / verre**
Cylindre > + 4, sphère de -6 à 0	90 % BR	110 € / verre - RO	**110 € / verre**
- Verre multifocal ou progressif sphérique [8]			
Sphère de -4 à + 4	90 % BR	150 € / verre - RO	**150 € / verre**
Sphère < -4 ou > + 4	90 % BR	200 € / verre - RO	**200 € / verre**
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique [8]			
Cylindre ≤ + 4, sphère de -8 à 0	90 % BR	150 € / verre - RO	**150 € / verre**
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	90 % BR	150 € / verre - RO	**150 € / verre**
Cylindre > + 4, sphère de -8 à 0	90 % BR	200 € / verre - RO	**200 € / verre**
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	90 % BR	200 € / verre - RO	**200 € / verre**
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < -8	90 % BR	200 € / verre - RO	**200 € / verre**
• **Autres prescriptions optique**	100 % BR	-	**100 % BR**
• **Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B** [8]	90 % BR	Frais réels - RO	**Frais réels**
• **Supplément pour verre avec filtre** [9]	90 % BR	Frais réels - RO	**Frais réels**
• **Lentilles remboursées par le régime de base**	90 % BR	50 € / an - 90 % BR Au-delà 100 %TM	**100 € / an** **Au-delà 100 % BR**
• **Lentilles non remboursées par le régime de base**	-	100€ / an	**100€ / an**
• **Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil dont kératotomie (par œil)**	-	400 €/ œil et / an	**400 €/ œil et / an**
DENTAIRE			
• **Soins, actes, consultations et prothèses 100% Santé** [7]	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• **Soins, actes et consultations** (hors 100% Santé)	90 % BR	10 % BR	**100 % BR**
• **Prothèses du panier maitrisé** (hors 100% Santé) :			
- Prothèses dentaires fixes (couronnes et bridges)	90 % BR	285 % BR	**375 % BR**
- Prothèses dentaires amovibles	90 % BR	285 % BR	**375 % BR**
- Prothèses dentaires provisoires	90 % BR	285 % BR	**375 % BR**
- Inlay core	90 % BR	285 % BR	**375 % BR**
- Inlay onlays d'obturation	90 % BR	60 % BR	**150 % BR**
• **Prothèses du panier libre** (hors 100% Santé) :			
- Prothèses dentaires fixes - dent visible	90 % BR	210 % BR	**300 % BR**
- Prothèses dentaires fixes - dent non visible	90 % BR	160 % BR	**250 % BR**
- Prothèses dentaires amovibles - dent visible	90 % BR	210 % BR	**300 % BR**
- Prothèses dentaires amovibles -dent non visible	90 % BR	160 % BR	**250 % BR**
- Prothèses dentaires provisoires	90 % BR	210 % BR	**300 % BR**
- Inlay core	90 % BR	110 % BR	**200 % BR**
• **Orthodontie remboursée par le régime de base**	90 % ou 100 % BR	160% BR à 150% BR	**250 % BR**
• **Orthodontie non remboursée par le régime de base**	-	400 € par semestre	**400 € par semestre**
• **Implant dentaire**	-	500 € par implant (limité à 2 par an)	**500 € par implant** **(limité à 2 par an)**
• **Couronne sur implant**	-	200 € par couronne (limité à 2 par an)	**200 € par couronne** **(limité à 2 par an)**
• **Parodontologie remboursée par le régime de base**	90 % BR	10 % BR	**100 % BR**
AIDES AUDITIVES (9)			
• **Equipements 100% Santé** (Classe I) [7]	90 % BR	Frais réels - RO	**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	10 % BR	**100 % BR**
• **Aides auditives Classe II** prises en charge par le régime de base à partir de 20 ans	90 % BR	800 € / prothèse - RO	**800 € / proth ès e**
• **Piles, accessoires et réparation**	90 % BR	10 % BR	**100 % BR**
CURES THERMALES			
• **Honoraires** [10] **et frais de transport**	65% ou 90 % BR	10% BR à 35% BR	**100 % BR**
DIVERS			
• **Transports urgents préhospitaliers (T.U.P.H) remboursés par le régime de base**	100% BR	-	**100 % BR**
• **Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base**	100 % BR	-	**100 % BR**
• **Assistance**	-	inclus	**inclus**
• **Réseau de soins**	-	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 eff ectué 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- I 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 ≤ +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 professif 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 comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S > 8 dioptries

(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

ARTICLE 7.1
Services

Vous pouvez bénéficier des services suivants proposés par votre délégataire de gestion MERCER :

- **OSCAR** : Quels que soient le jour et l'heure, vous êtes accueilli par un WelcomeBot Oscar. Le WelcomeBot vous invite à exprimer votre demande en langage naturel. Le Welcomebot procède à l'identification et à l'authentification de l'appelant à l'aide de plusieurs critères. Vous êtes orienté soit vers un conseiller disponible et compétent ; soit vers un bot de traitement capable de traiter votre demande de bout en bout ; soit vers un bot de débordement pour que vous soyez 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, vous bénéficiez d'un second avis médical pour infirmer ou confirmer le diagnostic en moins de 7 jours.
- **TELECONSULTATION (MEDIAVIZ) :** 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, vous êtes conseillé et orienté 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.

TITRE 8

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.

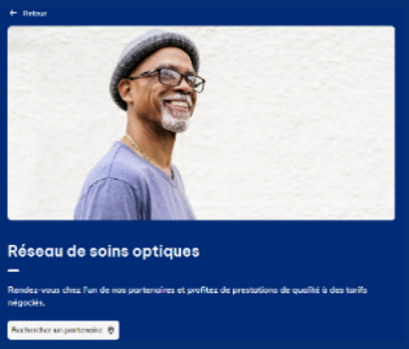
Comment accéder au réseau Itelis et trouver le bon professionnel de santé ?

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. 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.***

Mercer (France) SAS, Société de Courtage en Assurances, dont le siège social est situé Tour Ariane, 5 Place de la Pyramide, 92800 Puteaux, immatriculée au RCS de Nanterre n° 390 589 455 dont le capital social est de 30 539 670 euros et enregistrée auprès de l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurance (ORIAS) n°07001885 (www.orias.fr).Service Réclamation Clients : Tour Ariane, 5, place de la Pyramide, 92800 Puteaux. Service de médiation : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09.ACPR, 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. © 2024 Mercer (France) SAS, Tous Droits Réservés.

TITRE 9

CONVENTION D'ASSISTANCE

MONDIAL ASSISTANCE

Convention d'assistance n° 922922

Date effet 01/01/2025

Comment Nous contacter ?

Besoin d'assistance ?
► Contactez-nous :
- depuis la France métropolitaine au 01.42.99.82.14
- depuis la Guyane, la Guadeloupe, la Martinique ou la Réunion au 01.42.99.82.14
- depuis l'étranger au +33 1 42 99 82 14
- Accès sourds et malentendants : https://accessibilite.votreassistance.fr
accessibles 24h/24 et 7j/7, sauf mention contraire dans la convention
- Accès à votre espace personnel d'assistance santé : https://www.allyzassist.com/

► Veuillez nous indiquer :
- Le nom et le numéro du contrat souscrit
- Les nom et prénom du Bénéficiaire
- L'adresse exacte du Bénéficiaire
- Le numéro de téléphone auquel le Bénéficiaire peut être joint

Sommaire

A. Qu'est-ce qui est assuré ? **1**
B. Définitions **1**
C. Prestations et Plafonds **2**
D. Définition des Prestations **4**
F. Exclusions **8**
G. Dispositions communes **8**

A. Qu'est-ce qui est assuré ?

La présente convention d'assistance (ci-après « Convention ») est un contrat d'assurance Aide au quotidien qui prévoit des prestations d'assistance lorsque survient un évènement garanti tel que défini dans la section A.2.

Les prestations prévues par la **Convention** s'appliquent à Vous et aux membres de Votre famille résidant à la même adresse.

A.1 Quelle est la validité de Votre Convention ?

VALIDITÉ TERRITORIALE

Notre assistance est délivrée lorsque l'évènement garanti survient :
- en **France**,

DURÉE DE VALIDITÉ

Les prestations sont accordées exclusivement pour les évènements survenus pendant la durée de validité du contrat collectif frais de santé souscrit par le Ministère chargé de l'Agriculture et de l'accord liant CCPMA Prévoyance et AWP P&C pour la délivrance de ces prestations.

A.2 Quels évènements sont garantis ?

Evènements garantis	
Détresse psychologique	✓
Hospitalisation	✓
Immobilisation	✓

Veuillez consulter la section B.2 pour connaître les définitions des évènements garantis.

B. Définitions

B.1 Définitions des termes utilisés

Les termes ou expressions utilisés dans la **Convention** qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

Animal de compagnie : chat ou chien, **à l'exclusion de tout autre animal.**
L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1re et 2e catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

Bénéficiaire/Vous/Votre : personne physique assurée par un contrat collectif frais de santé souscrit par le Ministère chargé de l'Agriculture, ainsi que :
- son Conjoint,
- et/ou ses Enfants,

Chirurgie et Traitement de confort : les opérations de chirurgie ou traitements occasionnés par : l'acné, les allergies y compris les tests d'allergie, tout contrôle ou examen périodique et contrôles périodiques contraceptifs, les opérations de chirurgie esthétiques de toutes natures non consécutives à un évènement garanti, la circoncision, les cors aux pieds ou oignons, les traitements cosmétiques de toutes natures non consécutifs à un évènement garanti, les opérations et traitements de malformations congénitales, les bilans de santé, les tests de fertilité et les traitements liés à la fertilité (hommes et femmes), les traitements hormonaux, l'incontinence, le traitement des verrues, les kystes, les traitements pour surcharge pondérale, les examens prénuptiaux, les traitements préventifs ou vaccins non consécutifs à un événement garanti, les traitements de l'insomnie, la ligature des trompes, la vasectomie, les traitements d'amaigrissement, tous les actes médicaux ou traitements relevant du domaine de la recherche ou de l'expérimentation ou n'étant généralement pas reconnus comme des pratiques

médicales ordinaires.

Conjoint : personne avec qui Vous habitez (époux(se), concubin notoire ou partenaire du Pacs) depuis au moins 6 (six) mois.

Convention : présent document. Veuillez noter que seules les conditions énoncées dans le présent document sont valables.

Domicile : adresse du domicile fiscal du Bénéficiaire situé en France.

Enfant(s) : enfant(s) ou petit-enfant(s) fiscalement à Votre charge ou celle de Votre Conjoint.

France : France métropolitaine, Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion.

Hébergement : frais d'hôtel (petit-déjeuner compris), **à l'exclusion de tout autre frais de restauration, de boisson et de pourboires.**

Médecin : personne légalement autorisée à pratiquer la médecine ; docteur en médecine.

Membre de la famille : membre de Votre famille, **autre que Votre Conjoint ou Votre(Vos) Enfant(s), fiscalement à Votre charge**, vivant à Votre Domicile.

Membre de la famille dépendant : membre de la famille fiscalement à Votre charge, vivant à Votre Domicile et en état de **Dépendance**.

Nous/Notre :
AWP P&C - SA au capital de 18 510 562,50 € - 519 490 080 RCS Bobigny - siège social : 7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen, entreprise privée régie par le Code des assurances.

La Convention est distribuée et gérée par AP Solutions GmbH, société de droit étranger, enregistrée en tant qu'intermédiaire d'assurance auprès de l'IHK (Industrie- und Handelskammer) sous le numéro D-6HBO-LAOBJ-74, agissant par l'intermédiaire de sa succursale française, ayant son siège social 7 rue Dora Maar 93400 Saint-Ouen et immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Bobigny sous le numéro 922 238 068
ci-après dénommé Mondial Assistance.

Pays non couverts : Corée du Nord. La liste, mise à jour, de l'ensemble des Pays non couverts est disponible sur Notre site internet à l'adresse suivante : https://paysexclus.votreassistance.fr.

Période d'assurance : période annuelle de validité du contrat .

Prestataire : prestataire de services professionnel référencé par **Nous.**

Proche : toute personne physique, Membre de la famille ou non, résidant en France et désignée par le Bénéficiaire.

Quarantaine : isolement de la personne, en cas de suspicion de maladie ou de maladie avérée, décidée par une autorité compétente locale, en vue d'éviter un risque de propagation de ladite maladie dans un contexte d'épidémie ou de pandémie.

Suicide : tout préjudice intentionnel porté volontairement à soi-même avec l'intention de se donner la mort.

Tiers : personne physique ou morale, **autre que le Bénéficiaire.**

Transport : transport organisé par Nous.

B.2 Définition des évènements garantis

Dans cette section, Nous donnons des définitions et/ou des descriptions des évènements garantis par Votre **Convention**. Pour connaître les évènements garantis par Votre **Convention**, veuillez consulter le tableau à la section A1.

Détresse psychologique : Etat de déséquilibre passager dans lequel un individu peut se trouver à la suite d'un évènement imprévisible, soudain et extérieur pouvant entraîner des conséquences de santé mentale importantes telles que la dépression et l'anxiété.

Hospitalisation : admission prévue ou imprévue du Bénéficiaire dans un hôpital public ou privé, liée à une procédure d'urgence.
Une durée d'Hospitalisation minimum peut être prévue pour la délivrance de certaines prestations.

Hospitalisation avec nuitée(s) : admission du Bénéficiaire dans un hôpital public ou privé, prévue ou imprévue, avec au minimum deux (2) nuits sur place.

Immobilisation : toute incapacité physique à se déplacer ou à accomplir les tâches ménagères habituelles, constatée par un Médecin, nécessitant un repos à la maison prescrit par le Médecin.

C. Prestations et Plafonds

Vous êtes garanti par **Votre Convention** dans la limite de certains plafonds. Les prestations de services telles que décrites aux paragraphes Aide à Domicile et Transports des proches ouvrent droit à une enveloppe de service unique. Les prestations fournies et leurs plafonds sont présentés dans les tableaux suivant :

MONDIAL ASSISTANCE

TABLEAUX DES PLAFONDS ET CONDITIONS

AIDE À DOMICILE		
Prestations	**Prise en charge**	**Conditions & limites**
Enveloppe de services	300 € maximum	Hospitalisation avec 2 nuitées L'enveloppe de services doit être activée dans les 15 jours suivant la sortie d'Hospitalisation. Limitée à 1 fois par Période d'assurance.
AIDE A DOMICILE – SUITE		
✓ Enseignement à Domicile	15 heures maximum par semaine limitée à 1 semaine consécutive durant l'année scolaire en cours	Immobilisation de l'Enfant entrainant une absence scolaire supérieure à 2 semaines calendaires consécutives.
✓ Services à la personne	Mise en relation sans prise en charge	A tout moment dès la souscription
✓ Livraison de médicaments	100 € maximum (frais de livraison). **Le coût des médicaments reste à la charge des Bénéficiaires**	Hospitalisation Limité à 1 fois par Evènement couvert
TRANSPORT DES PROCHES		
Prestation	**Prise en charge**	**Conditions & limites**
Enveloppe de services	300 € maximum	Hospitalisation avec 2 nuitées L'enveloppe de services doit être activée dans les 15 jours suivant la sortie d'Hospitalisation. Limitée à 1 fois par Période d'assurance.

ACCES A HOSPIZEN		
Prestation	**Prise en charge**	**Conditions & limites**
✓ Hospizen	Accès illimité	Hospitalisation Accès au site web et à l'application pendant 1 an. Renouvelable pour chaque Période d'assurance

CONSEILS SOCIAUX		
Prestation	**Prise en charge**	**Conditions & limites**
✓ Conseil social	Illimité Prestation réalisée par téléphone.	A tout moment dès la souscription

COMPLEMENT PRÉVENTION		
Prestations	**Prise en charge**	**Conditions & limites**
✓ Mon Coach Bien-Etre ✓	Accès illimité au site web durant la durée du programme. 4 entretiens téléphoniques avec un expert par programme.	A tout moment de la souscription Utilisable à tout moment dès la souscription par l'ensemble des Bénéficiaires. La prise en charge est limitée à 1 formation pour chaque Bénéficiaire

COMPLEMENT AIDE PSYCHOLOGIQUE		
Prestation	**Prise en charge**	**Conditions & limites**
Consultation psychologique	Consultation téléphonique : **3** consultations maximum par an et par Bénéficiaire Consultation en cabinet : Remboursement de **12** consultations maximum par an et par Bénéficiaire (80 € maximum par consultation)	Détresse psychologique

FRAIS DE LOCATION DE TELEVISION		
Prestations	**Prise en charge**	**Conditions & limites**
✓ Remboursement des frais de location de télévision à l'hôpital ✓	**75 €** maximum	Hospitalisation avec 2 nuitées La prise en charge vient en complément des remboursements des organismes d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance. Prestation valable **1 fois** par Evènement couvert.

TELEASSISTANCE ET ALERTE A DISTANCE		
Prestations	**Prise en charge**	**Conditions & limites**
Livraison et installation du matériel **Entretien du matériel** **Restitution du matériel**	Frais d'envoi du matériel et assistance pour la mise en place Test hebdomadaire et, si le matériel est défectueux, frais d'envoi du matériel de remplacement Frais de renvoi du matériel Prise en charge des 3 premiers mois d'abonnement	Immobilisation de 5 jours et plus

D. Définition des Prestations

Nous nous réservons le droit de vérifier l'éligibilité du **Bénéficiaire** et la preuve de la survenance d'un évènement garanti.

Lorsqu'une demande d'assistance **Nous** est adressée, **Nous** demandons les pièces justificatives nécessaires. **Nous** organisons et prenons en charge les prestations décrites ci-après, selon les conditions et dans les limites de celles relatives aux évènements garantis indiquées dans les Tableaux des Plafonds et Conditions.

Lorsque le Bénéficiaire fait appel à Nous, les décisions relatives à la nature et au mode d'organisation des mesures à prendre Nous appartiennent exclusivement.
La mise en œuvre des prestations est subordonnée aux disponibilités locales et aux horaires d'ouverture des réseaux de Prestataires.

REMARQUE
Les montants des garanties s'entendent toutes taxes comprises.

En cas de survenance d'un évènement garanti, **Nous** analysons la situation médico-sociale et socio-économique du **Bénéficiaire**, évaluons ses besoins et lui proposons les solutions d'aide et de services adaptés ainsi que les moyens de les mettre en œuvre et de les financer soit au titre de l'enveloppe de services santé proposée **(uniquement pour les prestations éligibles et citées dans les paragraphes a et b),** soit en mobilisant d'autres sources de financement.

Le **Bénéficiaire** est seul juge des prestations qu'il souhaite utiliser.

En cas d'évènement médical garanti indiqué dans les Tableaux des Plafonds et Conditions, **Nous** organisons et/ou prenons en charge les services choisis par le **Bénéficiaire** parmi les services décrits ci-après.

Le délai de mise en place des services est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande.

Les services peuvent être demandés en fonction des besoins, pendant la durée de l'évènement garanti qui permet au **Bénéficiaire** d'avoir droit au service.

Les prestations de services telles que décrites aux paragraphes Aide à Domicile et Transports des proches ouvrent droit à une enveloppe de service unique d'un montant de 300 € . Le coût de chaque service utilisé est déduit du montant de l'enveloppe disponible.

Dès qu'il le souhaite, **Nous** pouvons confirmer au **Bénéficiaire** le solde encore disponible et des conseils sur son utilisation.

Il est précisé que les services proposés sont mis en place en fonction des besoins et des demandes du Bénéficiaire. Le montant maximum indiqué dans le détail de chaque prestation ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

Lorsque le **Bénéficiaire** est toujours couvert par la **Convention** et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe de services auquel il a droit avant la fin de l'évènement garanti, **Nous** pouvons :
- organiser les services choisis par le **Bénéficiaire** pour son compte,
- fournir au **Bénéficiaire** les coordonnées des **Prestataires** spécialisés dans les domaines de services proposés.

Le Bénéficiaire prend dans ce cas tous les frais en charge.

Sur demande, **Nous** pouvons fournir au **Bénéficiaire** les coordonnées de tous les **Prestataires** mentionnés ci-dessous. **Le Bénéficiaire prend dans ce cas tous les frais en charge.**

MONDIAL ASSISTANCE

a) Aide à Domicile

En cas d'Hospitalisation avec nuitée(s), les prestations prévues ci-dessous sont éligibles à l'enveloppe de services :

- Transport
- Aide-ménagère
- Auxiliaire de vie
- Travailleuse familiale
- Bien-être à Domicile
- Livraison de repas
- Livraison de courses
- Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants et/ou de l'(des)Enfant(s)
- Accompagnement à l'école et aux activités extra scolaires des Enfants scolarisés jusqu'au niveau baccalauréat
- Garde d'Enfants de moins de 15 ans malades ou convalescents
- Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans
- Fermeture du Domicile quitté en urgence
- Préparation du retour au Domicile
- Garde des Animaux de compagnie

En cas d'évènement garanti, **Nous** organisons et prenons en charge les prestations suivantes :

- Enseignement à Domicile
- Services à la personne
- Livraison de médicaments

Description des prestations éligibles à l'enveloppe de services :

- Transport

Nous organisons et prenons en charge les frais de **Transport** par taxi, lorsque le **Bénéficiaire** a un rendez-vous. Le coût de retour au **Domicile** du **Bénéficiaire** peut également être pris en charge.

- Aide-ménagère

Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'une aide-ménagère qui effectue les tâches quotidiennes (y compris repassage, nettoyage, aide à la préparation des repas) au **Domicile** du **Bénéficiaire**.
L'aide-ménagère peut être mise en œuvre du lundi au vendredi, **à l'exclusion des jours fériés,** de 8h00 à 18h00.

- Auxiliaire de vie

Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'une auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens au **Bénéficiaire** y compris la toilette, la prise de repas et l'aide au coucher, **hors soins médicaux relevant d'un Médecin ou d'une infirmière.**
La prestation d'auxiliaire de vie peut être mis en œuvre du lundi au samedi, **à l'exclusion des jours fériés, de 8h00 à 18h00**.

- Travailleuse familiale

Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'une travailleuse familiale qui aide la famille en assumant le quotidien (entretien du logement, préparation des repas, l'aide aux devoirs…) et soutient les parents dans l'éducation de leurs enfants.
La prestation est mise en œuvre du lundi au samedi **à l'exclusion des jours fériés,** de 8h00 à 18h00.

- Bien-être à Domicile

Nous organisons et prenons en charge des services de bien-être y compris le coiffeur, esthéticienne, prothésiste capillaire au **Domicile**.

- Livraison de repas

Nous organisons et prenons en charge la livraison d'un repas au **Domicile** du **Bénéficiaire** dans un délai de 4 (quatre) jours ouvrés maximum à compter de la demande. **Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.**
Les repas sont livrés sous la forme de 5 ou 7 paniers repas « déjeuners + dîners ».
Le Bénéficiaire prend en charge les frais de repas.
Dans les zones non desservies ou lorsque les repas prévus ne sont pas adaptés, **Nous** pouvons organiser l'intervention d'un **Prestataire** pour préparer les repas à domicile. **Nous** prenons en charge les frais à hauteur du coût équivalent de la livraison des repas. **Le Bénéficiaire prend en charge les coûts restants.**

- Livraison de courses

Nous organisons et prenons en charge la livraison de courses au **Domicile** du **Bénéficiaire**.
Le **Bénéficiaire** doit être disponible lors de la livraison pour payer les denrées achetées.
Le Bénéficiaire prend en charge le coût des courses.

- Veille ou prise en charge des **Membres de la famille dépendants** à charge et/ou de l'(des)**Enfant(s)**

Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'une auxiliaire de vie pour s'occuper d'un **Membre de la famille dépendant** à charge et/ou de l'(des)**Enfant(s)**, préparer des repas et dispenser les soins quotidiens. Chaque prestation dure au moins deux (2) heures et peut être mise en œuvre du lundi au samedi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 8h00 à 19h00.

- Accompagnement à l'école et aux activités extra scolaires des Enfants scolarisés jusqu'au niveau baccalauréat

Si aucun **Membre de la famille** ne peut accompagner l'(les) **Enfant(s)** du **Bénéficiaire** à l'école ou à ses(leurs) activités extrascolaires, **Nous** organisons et prenons en charge le **Transport** de l'(des) **Enfant(s)** par taxi depuis le **Domicile**. **L'(les) Enfant(s)** doit(vent) être accompagné(s) d'un adulte désigné par le **Bénéficiaire**.

- Garde d'**Enfants** de moins de 15 ans malades ou convalescents

Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'une personne assurant des services de garde d'enfants au **Domicile** du **Bénéficiaire** pour s'occuper de son(ses) **Enfant(s)**, lui(leur) préparer les repas et dispenser les soins quotidiens. Chaque prestation de garde d'enfants dure au moins deux (2) heures et peut être mise en œuvre du lundi au samedi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 8h00 à 19h00.

- **Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans**

Nous organisons et prenons en charge la garde à **Domicile** des **Enfants** du **Bénéficiaire**.
Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.
La prestation est rendue dans la limite des disponibilités locales par un **Prestataire** dont la mission consiste à

garder l'**Enfant** au **Domicile**, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant (**à l'exclusion des soins médicaux)**.
Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les **Enfants** à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

- Fermeture du **Domicile** quitté en urgence

Nous organisons et prenons en charge le service d'envoi d'une aide-ménagère pour fermer le **Domicile** du **Bénéficiaire** (volets, fenêtres, linge resté dans la machine à laver), éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver, si le **Bénéficiaire** a dû quitter son **Domicile** en urgence en raison de son état de santé. Ce service ne peut être fourni que si **Nous** avons accès aux clés, aux codes d'accès du logement et aux conditions d'accessibilité en toute sécurité.
Nous pouvons organiser le **Transport** de l'aide-ménagère pour aller chercher les clés.
La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être mise en œuvre du lundi au samedi, **à l'exclusion des jours fériés,** de 8h00 à 18h00.

- Préparation du retour au Domicile

Nous organisons et prenons en charge la venue d'une aide-ménagère pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire des courses.
Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.
Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès au lieu de **Domicile** et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.
Nous pouvons organiser le **Transport** de l'aide-ménagère pour aller chercher les clés.
La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être mise en œuvre du lundi au samedi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 8H00 à 18h00.

- Garde d'**Animaux de compagnie**

Nous organisons et prenons en charge les frais d'**hébergement** de l'**Animal de compagnie** du **Bénéficiaire** par un **Prestataire** spécialisé, y compris le coût de la nourriture.

Description des prestations hors enveloppe de services :

- Enseignement à **Domicile**

Si l'(les) **Enfant(s) du Bénéficiaire** ne peut(vent) se rendre à l'école, entraînant une absence scolaire supérieure à 2 (deux) semaines calendaires, **Nous** organisons et prenons en charge, dans les limites des disponibilités locales, des cours privés avec un enseignant ou un tuteur.

La prestation s'applique à l'(aux) **Enfants** scolarisés en primaire ou secondaire (1er et 2e cycle), à partir du premier jour d'**Immobilisation** ou d'**Hospitalisation** et pendant l'année scolaire en cours, les jours de cours normaux **à l'exception des samedis.**
Cette prestation cesse dès la reprise des cours à l'école et en tout état de cause à la fin de l'année scolaire.
Ce service tient compte des programmes et du calendrier scolaire fixés par le Ministère de l'Éducation Nationale.

Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'Enseignement à Domicile peut également être fourni sur place en cas d'Hospitalisation de l'Enfant.
La mise en œuvre de ce service peut nécessiter un délai de deux (2) jours ouvrés.
Cette prestation n'est pas applicable en cas de phobie scolaire.

- Services à la personne

Nous pouvons **Vous** fournir toute information utile sur les services à la personne, tels que définis par la loi n°2005-841 du 26 juillet 2005 (« Loi Borloo »)

Nous pouvons également **Vous** mettre en relation avec un **Prestataire** de **Notre** réseau de services à la personne entrant dans le cadre de la Loi Borloo (assistance administrative, bricolage, soutien scolaire, etc.) et hors cadre de la Loi Borloo (esthéticienne, coiffure à domicile, pédicure, manucure, massages – **hors soins thérapeutiques).**

Les **Prestataires** délivrant des prestations de services à la personne dans le cadre de la Loi Borloo sont agréées, afin que **Vous** puissiez bénéficier d'avantages fiscaux.

Les coûts des devis et des prestations utilisées sont à la charge du Bénéficiaire. Prestations non comprises dans l'enveloppe de services santé.

Pour toute mise en place de prestation, le **Prestataire** dispose d'un délai minimum de 72 (soixante-douze) heures pour prendre contact avec le **Bénéficiaire.**

Les informations sont fournies au Bénéficiaire exclusivement par téléphone et sont des renseignements à caractère documentaire. Notre responsabilité ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

- Livraison de médicaments

Nous organisons et prenons en charge la livraison de médicaments immédiatement nécessaires au **Bénéficiaire** prescrits par un Médecin.
Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

b) Transport des proches

En cas d'Hospitalisation avec nuitée(s), les prestations prévues ci-dessous sont éligibles à l'enveloppe de services :

- Hébergement des parents à proximité du **Bénéficiaire** mineur pendant son hospitalisation
- Transfert des **Enfants** de moins de 15 ans et/ou des **Membres de la famille** dépendants au **Domicile** d'un **Proche**
- Transfert d'un **Proche** au **Domicile** du **Bénéficiaire** ou du **Bénéficiaire** au **Domicile** d'un **Proche**

Description des prestations éligibles à l'enveloppe de services :

- Transfert des Enfants de moins de 15 ans et/ou des Membres de la famille dépendants au Domicile d'un Proche

Nous organisons et prenons en charge le transfert des **Enfants** et/ou des ascendants dépendants à charge au **Domicile** d'un **Proche** (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un **Proche** qui les accompagne (Transport

aller-retour). Si nécessaire, **Nous** missionnons un accompagnateur.

- Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire ou du Bénéficiaire au Domicile d'un Proche

Nous organisons et prenons en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) ou le transfert du Bénéficiaire au Domicile d'un Proche pour s'occuper du Bénéficiaire et/ou des Enfants.

- Hébergement des parents à proximité du **Bénéficiaire** mineur pendant son **Hospitalisation**

Nous organisons et prenons en charge l'**Hébergement** des parents du **Bénéficiaire** mineur hospitalisé à plus de 50 km de son **Domicile** pendant la durée de l'**Hospitalisation**.

c) Accès à Hospizen

- Accès à Hospizen

Le site Hospizen https://www.hospizen..fr/ permet au **Bénéficiaire**, préalablement à une **Hospitalisation**, de consulter en ligne des informations relatives à la préparation pratique de son **Hospitalisation** et de son retour à **Domicile**.

De plus, le **Bénéficiaire** pourra également présélectionner, préalablement ou postérieurement à son **Hospitalisation** les prestations d'assistance dont il souhaite bénéficier à son retour à son **Domicile**.
Nous contacterons le **Bénéficiaire** pour finaliser l'organisation des prestations d'assistance**.**

L'accès au site est désactivé à la résiliation du Contrat.

d) Conseils sociaux

- Conseil social

Nous fournissons au **Bénéficiaire** des informations par téléphone du lundi au vendredi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 7h00 à 20h00 et le samedi de 7h00 à 19h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

Nous le conseillons sur la marche à suivre pour trouver un nouveau logement, gérer le budget familial et nous donnons des informations sur les droits sociaux.

Nous orientons principalement vers des organismes publics qui traitent la demande soit par l'intermédiaire d'un réseau de **Prestataires** soit en communiquant les coordonnées nécessaires au **Bénéficiaire**.

D.1 Complément Prévention

- Mon Coach Bien-Etre

Nous fournissons un accès à un portail digital proposant :
o une évaluation des pratiques alimentaires, sportives, du niveau de stress et de la qualité du sommeil
o des parcours personnalisés selon les bilans et les objectifs du **Bénéficiaire**
o un planning hebdomadaire des séances de sport
o des exercices de respirations et de concentration
o des échanges avec un entraîneur sportif, un diététicien et un psychologue
o un parcours équilibre et bien être
o un accès à l'historique des activités et à des statistiques pour évaluer la progression du **Bénéficiaire.**

Le **Bénéficiaire** peut s'inscrire au programme par email à l'adresse suivante : prevention@votreassistance.fr

- Le **Bénéficiaire** peut accéder au programme via le site https://www.allyzassist.com/

Ce programme d'information et d'accompagnement s'adresse aux **Bénéficiaires** âgés d'au moins 16 (seize) ans, avec l'accord préalable des parents pour les **Bénéficiaires** de moins de 18 (dix-huit) ans.

Nous ne fournissons pas de consultation, de diagnostic ou de prescription médicale.
Un accompagnement personnalisé ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un Médecin.

Les informations médicales échangées avec les Médecins restent strictement confidentielles et sont soumises à la législation sociale et aux règles du secret médical.

Les informations que Nous fournissons exclusivement par téléphone sont à caractère documentaire. Nous ne pouvons être tenu responsable en cas d'utilisation abusive ou d'interprétation erronée des informations fournies.

D.2 Complément Aide psychologique

- Consultation psychologique

Une première évaluation par un psychologue clinicien est effectuée par téléphone.

Si la situation du **Bénéficiaire** nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue oriente le **Bénéficiaire** vers des consultations physiques avec un psychologue proche du **Domicile** ou du lieu de travail du **Bénéficiaire**.
Le service est mis en œuvre du lundi au vendredi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire France métropolitaine).

Sont exclues les maladies psychologiques préexistantes déjà diagnostiquées ou en cours de traitement à la date d'entrée en vigueur du contrat.

D.3 Frais de location de télévision

Sur simple appel téléphonique, durant Votre Hospitalisation, Nous Vous remboursons les frais de location de télévision engagés à l'hôpital, en complément des éventuels remboursements obtenus par Vos organismes d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance.

D.4 Téléassistance et alerte à distance

Le dispositif de téléassistance au Domicile composé d'un appareil de télécommunication automatique et d'un service

d'écoute permet au Bénéficiaire, en cas de besoin, de lancer une alerte de n'importe quel endroit du Domicile et d'être immédiatement pris en charge par un Prestataire spécialisé qui mobilisera les moyens adaptés pour lui venir en aide.

La mise en place du dispositif de téléassistance nécessite la collecte d'informations à caractère personnel et l'installation du matériel d'interphonie.

E. Limites de Nos interventions

Nous ne pouvons être tenu responsable de l'inexécution des prestations ou des retards dans l'exécution de Nos prestations en raison de :

- **La défaillance ou l'interruption des réseaux téléphoniques ou informatiques ;**
- **Une évolution de l'état du Bénéficiaire et notamment de son état de santé qui n'avait pas été signalée ;**
- **Un cas de force majeure ou un dommage causé par un Tiers ;**
- **Suite à des évènements tels que des grèves, émeutes, instabilité politique connue, représailles, embargos, sanctions économiques (récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site internet du Ministère de l'Économie et des Finances : https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales) ;**
- **En cas de retard et/ou d'impossibilité d'obtenir des documents administratifs tels que des visas d'entrée et de sortie, des passeports, etc., nécessaires au transport du Bénéficiaire à l'intérieur ou à l'extérieur du pays où il se trouve ou à son entrée dans le pays recommandé par Nos Médecins pour y être hospitalisé ;**
- **En cas de recours à des services publics ou organismes locaux auxquels Nous sommes tenu de faire appel en vertu des réglementations locales et/ou internationales ;**
- **En cas de restrictions susceptibles d'être imposées par des sociétés de transport de personnes (en particulier les compagnies aériennes) pour les personnes souffrant de certaines pathologies, ou pour les femmes enceintes, de restrictions applicables jusqu'au début du transport et susceptibles d'être modifiées sans autre préavis (et pour les compagnies aériennes : examen médical, certificat médical, etc.). En conséquence, le rapatriement de ces personnes ne sera possible que si la société de transport ne s'y oppose pas et, naturellement, en l'absence d'avis médical défavorable sur la santé du Bénéficiaire ou de l'enfant à naître.**

F. Exclusions

Outre les exclusions prévues dans la Convention, sont toujours exclus :

- **les frais engagés sans Notre accord préalable,**
- **les frais qui ne peuvent être vérifiés avec une facture acquittée au nom du Bénéficiaire,**
- **le Suicide ou les conséquences d'une tentative de Suicide du Bénéficiaire,**
- **les conséquences d'un acte effectué dans un état d'imprégnation alcoolique caractérisé par un taux d'alcoolémie supérieur à la limite fixée par le Code de la route, de l'utilisation de drogues, de stupéfiants, tranquillisants non prescrits médicalement,**
- **les conséquences de :**
  - **des situations à risques infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en Quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine (sauf mention contraire dans les garanties),**
- **les dommages causés intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf en cas de légitime défense,**
- **la perte d'autonomie antérieure à la date d'entrée en vigueur du contrat,**
- **les conséquences :**
  - **des maladies et accidents antérieurs à la date d'entrée en vigueur du contrat**
  - **des maladies antérieurement diagnostiquées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat,**
  - **des Chirurgies et Traitements de confort ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, de jour ou ambulatoire, dans les 6 (six) mois précédant la demande d'assistance,**
- **les frais de location de télévision en maison de repos, centre de convalescence, soins de suite et réadaptation.**

G. Dispositions communes

G.1 Responsabilité

Nous ne pouvons en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Vous ou Vos Proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.
Nous ne serons pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de nos obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'évènements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site internet du Ministère de l'Economie et des Finances : https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales), mouvements populaires, émeutes, sabotage,

terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les évènements imprévisibles d'origine naturelle.

Nous nous efforcerons néanmoins de tout mettre en œuvre pour Vous venir en aide;

L'organisation par Vous ou par Votre entourage de l'une des prestations de la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si Nous avons été prévenu et a donné Notre accord exprès.
Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Nous aurions engagés pour organiser la prestation.

Notre responsabilité ne concerne que les services que Nous réalisons en exécution de la Convention. Nous ne serons pas tenue responsable :

- **des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès de Vous en leur propre nom et sous leur propre responsabilité ;**
- **de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.**

De même, Notre responsabilité ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée par Vous des renseignements communiqués ou des conseils prodigués par Nous.

G.2 Prescription

Toute action dérivant de la **Convention** est prescrite par un délai de deux (2) ans à compter de l'évènement qui y donne naissance, dans les conditions fixées à l'article L 114-1 du Code des assurances.
Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

- Article L114-1 du Code des assurances

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.
Toutefois, ce délai ne court :
1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
2° En cas de sinistre, 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'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.
La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.
Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »
Article L114-2 du Code des assurances
« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.».

- Article L114-3 du Code des assurances

« Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

Information complémentaire :
Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil reproduits ci-dessous.

- Article 2240 du Code civil

« La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. »

- Article 2241 du Code civil

« La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.
Il en est de même lorsqu'elle 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. »

- Article 2242 du Code civil

« L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. »

- Article 2243 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 2244 du Code civil

« Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. »

- Article 2245 du Code civil

« L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.
En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard

des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.
Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers. »

- Article 2246 du Code civil

« L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. »

G.3 Modalités d'examen des réclamations

S'il n'a pas pu être donné immédiatement entière satisfaction à **Votre** réclamation formulée par oral ou via une messagerie instantanée, celle-ci doit nous être adressée par écrit selon les modalités suivantes :

- Par mail : reclamation@votreassistance.fr
- Par courrier à l'adresse suivante : *AP Solutions GmbH succursale française- Traitement des réclamations - TSA 70002 - 93488 Saint-Ouen Cedex*

Nous accuserons réception de **Votre** réclamation écrite dans les dix (10) jours ouvrables à compter de son envoi et **Nous Vous** apporterons une réponse écrite dans un délai maximal de deux (2) mois.
Vous pouvez en tout état de cause saisir le Médiateur indépendant de l'assurance à l'issue d'un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de **Votre** première réclamation écrite :

- Par voie électronique : www.mediation-assurance.org
- Par courrier à l'adresse suivante : *Monsieur le Médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09*

Votre demande auprès du Médiateur de l'assurance doit, le cas échéant, être formulée au plus tard dans **le délai d'un (1) an** à compter de **Votre** première réclamation écrite auprès de nos services.
Toutefois, cette démarche ne **Vous** prive pas de la possibilité d'intenter toute action en justice.

En cas de souscription de votre contrat d'assurance en ligne, **Vous** avez la possibilité en qualité de consommateur, de recourir à la plateforme de Règlement en Ligne des Litiges (RLL) de la Commission Européenne en utilisant le lien suivant : http://ec.europa.eu/consumers/odr

G.4 Compétence juridictionnelle

Nous faisons élection de domicile en **Notre** siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen.

Les contestations qui pourraient être élevées contre **Nous** à l'occasion de la mise en œuvre de la **Convention** sont exclusivement soumises aux tribunaux français compétents et toutes notifications devront être faites par courrier recommandé avec accusé de réception à l'adresse indiquée ci-dessus.

G.5 Protection des données à caractère personnel

Le traitement de données à caractère personnel est régi par la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et le Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Nous sommes est le responsable du traitement des données à caractère personnel, recueillies en vue de la passation, la gestion et l'exécution de la **Convention**.

Ces données sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution de la **Convention** et conformément aux dispositions relatives à la prescription. Elles sont destinées aux gestionnaires des prestations d'assistance et/ou des garanties d'assurance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés hors de l'Union Européenne.

Conformément à la législation et réglementation applicables en matière de protection des données, **Vous** pouvez exercer son droit d'accès aux données le concernant et les faire rectifier en contactant : informations-personnelles@votreassistance.fr.

Vous êtes informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel » sur laquelle **Vous** pouvez **Vous** inscrire : https://www.bloctel.gouv.fr/.

Pour plus d'informations, il est possible de consulter la Déclaration de confidentialité expliquant notamment comment et pourquoi sont collectées les données personnelles. Sa version la plus récente **Vous** a été remise lors de la souscription de la **Convention**.

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, Nous nous réservons le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

G.6 Autorité de contrôle

Les entreprises qui accordent les prestations de la **Convention** sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris CEDEX 09 - www.acpr.banque-france.fr.

G.7 Loi applicable – langue utilisée

La **Convention** est régie par la loi française.
La langue utilisée pour l'exécution de la **Convention** est le français.

MONDIAL ASSISTANCE

Déclaration de confidentialité

La sécurité de vos données personnelles nous importe

AWP P&C, entité d'Allianz Partners SAS, est une compagnie d'assurance agréée par l'**Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)** proposant des produits et services d'assurance. Protéger votre vie privée est notre priorité absolue. Cette déclaration de confidentialité explique comment nous collectons les données personnelles, quel type de données nous collectons et pourquoi, avec qui nous les partageons et à qui nous les divulguons. Veuillez lire attentivement cette déclaration.

1. Qui est le responsable du traitement des données ?

Le responsable du traitement des données est la personne, physique ou morale, qui contrôle et est responsable de la conservation et de l'utilisation des données personnelles, au format papier ou électronique. **AWP P&C** (« Nous », « Notre ») est responsable du traitement des données, tel que défini par la législation et la réglementation applicables en matière de protection des données.

2. Quelles données personnelles sont collectées ?

Nous collecterons et traiterons différents types de données personnelles vous concernant, conformément à ce qui suit :

- les données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat et
- toute autre donnée nécessaire à la passation et/ou l'exécution du contrat.

Dans ce cadre, nous pourrons être amenés à collecter et traiter les « données personnelles sensibles » vous concernant.

⚠ ***En souscrivant le présent contrat, vous vous engagez à communiquer les informations figurant dans cette déclaration de confidentialité à tout tiers pour lequel toute donnée personnelle pourrait nous être transmise (ex. les autres assurés, les bénéficiaires, les tiers impliqués dans le sinistre, les personnes à prévenir en cas d'urgence, etc.), et vous acceptez de ne pas communiquer ces informations autrement.***

3. Comment vos données personnelles sont-elles collectées et traitées ?

Nous collecterons et traiterons les données personnelles que vous nous transmettez et celles que nous recevons de tiers (comme expliqué plus bas) pour un certain nombre de finalités et sous réserve de votre consentement exprès, à moins que ce dernier ne soit pas exigé par les lois et réglementations applicables, comme indiqué ci-dessous :

Finalité	Est-ce que votre consentement explicite est nécessaire ?
• Administration du contrat d'assurance (ex. : traitement des réclamations, les enquêtes et estimations nécessaires à la détermination de l'existence de l'évènement garanti et du montant des indemnisations à verser ou le type d'assistance à fournir, etc.)	• Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où nous devons traiter vos données personnelles dans le cadre du traitement de votre réclamation, nous ne solliciterons pas votre consentement exprès.
• Pour mener des enquêtes de qualité sur les services fournis, afin d'évaluer votre niveau de satisfaction et de l'améliorer	• Non. Nous avons un intérêt légitime à vous contacter après avoir géré une demande ou après avoir fourni une prestation afin de nous assurer que nous avons exécuté nos obligations contractuelles d'une manière satisfaisante. Toutefois, vous avez le droit de vous y opposer en nous contactant comme cela est expliqué dans la section 9 ci-dessous.
• Pour satisfaire à toutes les obligations légales (par exemple, celles qui découlent des lois sur les contrats d'assurance et les activités d'assurance, des règlements sur les obligations fiscales, comptables et administratives)	• Non, dans la mesure où ces activités de traitement sont expressément et légalement autorisées.
• À des fins de vérification, pour nous conformer aux obligations légales ou aux procédures internes	• Non. Nous pouvons traiter vos données dans le cadre d'audits internes ou externes requis soit par la loi, soit par nos procédures internes. Nous ne solliciterons pas votre consentement au titre de ces traitements s'ils sont justifiés en vertu de la réglementation en vigueur ou au titre de notre intérêt légitime. Toutefois, nous nous assurerons que seules les données à caractère personnel strictement nécessaires seront utilisées et qu'elles

Finalité	Est-ce que votre consentement explicite est nécessaire ?
	seront traitées en toute confidentialité. Les audits internes relèvent généralement de la responsabilité d'Allianz Partners SAS (7 Rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, France), en sa qualité d'actionnaire, qui peut sous-traiter la réalisation de ces audits.
• Pour réaliser des analyses statistiques et qualitatives sur la base des données et du taux de demandes d'indemnisation	• Si nous réalisons l'une de ces activités de traitement, nous le ferons en anonymisant les données personnelles. En conséquence, les données anonymisées ne sont plus considérées comme des données « à caractère personnel » et votre consentement n'est plus requis.
• Pour la gestion du recouvrement de créances	• Non, si le traitement de vos données, même s'il s'agit de catégories sensibles de données à caractère personnel s'avère nécessaire à la constatation, à l'exercice ou à la défense de droits en justice, que nous pouvons invoquer également au titre de notre intérêt légitime.
• Vous présenter ou permettre aux sociétés du groupe Allianz et à certains tiers de vous présenter des produits et services qui pourraient vous intéresser, selon vos préférences marketing spécifiées. Vous pouvez modifier ces paramètres à tout moment en nous contactant comme indiqué à la section 9.	• Oui
• Au titre de la prévention et de la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques, y compris, le cas échéant, par exemple, la comparaison entre vos informations et celles figurant sur les précédentes demandes, ou la vérification des systèmes courants de déclaration de sinistre.	• Non. Il est entendu que la détection et la de lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques constituent un intérêt légitime du Responsable du traitement. Par conséquent, nous sommes en droit de traiter vos données à cette fin sans avoir à recueillir votre consentement.

Comme mentionné plus haut, pour les finalités énumérées précédemment, nous traiterons les données personnelles vous concernant que nous recevons de notre partenaire commercial **CCPMA Prévoyance.**

Concernant les finalités mentionnées précédemment pour lesquelles nous avons indiqué que votre consentement exprès n'est pas requis ou dans les cas où nous aurions besoin de vos données personnelles dans le cadre de la souscription de votre assurance et/ou de la gestion de votre sinistre, nous traiterons vos données personnelles sur la base de nos intérêts légitimes et/ou conformément à nos obligations légales.

Vos données personnelles seront nécessaires pour tout achat de nos produits et services. Si vous ne souhaitez pas nous fournir ces données, nous ne serons pas en mesure de vous garantir l'accès aux produits et services demandés ou susceptibles de vous intéresser, ou encore de vous proposer des offres adaptées à vos exigences spécifiques.

4. Qui peut accéder à vos données personnelles ?

Nous nous assurerons que vos données personnelles sont traitées dans le respect des finalités indiquées plus haut.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que tiers, responsables du traitement des données :

- organismes du secteur public, autres sociétés du groupe Allianz, autres assureurs, réassureurs.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que préposés au traitement des données, opérant sous notre responsabilité :

- autres sociétés du groupe Allianz (dont AP Solutions GmbH), consultants techniques, experts, avocats, experts en sinistres, réparateurs, prestataires, médecins et sociétés de services délégataires de nos opérations (réclamations, informatique, services postaux, gestion de documents) et.

- annonceurs et régies publicitaires, afin de vous adresser des communications commerciales, conformément à la législation locale et à vos préférences de communication. Nous ne partageons pas vos données personnelles avec des tiers à des fins marketing, sans votre autorisation.

En définitive, nous pourrons être amenés à partager vos données personnelles dans les cas suivants :

- dans les cas envisagés ou réels de réorganisation, fusion, vente, coentreprise, cession, transfert ou autre disposition de tout ou partie de notre activité, de nos actifs ou de nos titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires) ; et

- afin de nous conformer à toute obligation légale, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où vous présenteriez une réclamation concernant l'un de nos produits ou services.

5. Où sont traitées vos données personnelles ?

Vos données personnelles pourront être traitées aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Union Européenne (UE) par les parties spécifiées dans la section 4, toujours sous réserve des restrictions contractuelles relatives à la confidentialité et à la sécurité, conformément à la législation et à la réglementation applicables en matière de protection des données. Nous ne divulguons pas vos données personnelles à des parties non autorisées à les traiter.

Chaque transfert de vos données personnelles en vue de leur traitement en dehors de l'UE par une autre société du groupe Allianz, sera effectué sur la base des règles internes d'entreprise approuvées par l'Autorité de régulation dont dépend le groupe Allianz, établissant des règles adéquates de protection des données personnelles et contraignant juridiquement l'ensemble des sociétés du groupe Allianz. Les règles internes d'entreprise d'Allianz ainsi que la liste des sociétés du groupe s'y conformant sont accessibles ici : https://www.allianz-partners.com/allianz-partners---binding-corporate-rules-.html. Lorsque les règles internes d'entreprise d'Allianz ne s'appliquent pas, nous prendrons des mesures afin de garantir que le transfert de vos données personnelles hors UE sera effectué selon le niveau de protection adéquat, au même titre que s'il s'agissait d'un transfert à l'intérieur de l'UE. Vous pouvez prendre connaissance des mesures de protection que nous mettons en œuvre pour ce type de transferts (clauses contractuelles types, par exemple) en nous contactant comme indiqué dans la section 9.

6. Quels sont vos droits concernant vos données personnelles ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit :

- d'accéder à vos données personnelles et de connaître leur provenance, les objectifs et finalités du traitement de ces données, les informations concernant le(s) responsables(s) du traitement des données, le(s) préposé(s) au traitement des données et les destinataires des données potentiellement divulguées ;
- de retirer votre consentement à tout moment, dans les cas où celui-ci est requis pour le traitement de vos données personnelles ;
- de mettre à jour ou de rectifier vos données personnelles afin qu'elles soient toujours exactes ;
- de supprimer vos données personnelles de nos systèmes si leur conservation n'est plus nécessaire dans le cadre des finalités indiquées précédemment ;
- de restreindre le traitement de vos données personnelles dans certaines circonstances, par exemple, si vous avez contesté l'exactitude de vos données personnelles, pendant la période nécessaire à la vérification de leur exactitude par nos services ;
- d'obtenir vos données personnelles au format électronique, pour votre usage personnel ou celui de votre nouvel assureur ; et
- de déposer une plainte auprès de notre société et/ou de l'autorité de protection des données compétente - Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Vous pouvez exercer ces droits en nous contactant comme indiqué à la section 9.

7. Comment vous opposer au traitement de vos données personnelles ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit de vous opposer au traitement de vos données personnelles par nos services, ou de solliciter auprès de notre société l'arrêt du traitement desdites données (y compris à des fins de marketing direct). Une fois votre demande transmise, nous ne procéderons plus au traitement de vos données personnelles, à moins que la législation ou la réglementation applicable ne le permette.

Vous pouvez exercer ce droit de la même manière que vos autres droits définis dans la section 6.

8. Combien de temps conserverons-nous vos données personnelles ?

Nous ne conserverons vos données à caractère personnel que pendant la durée nécessaire aux fins indiquées dans la présente déclaration de confidentialité puis elles seront supprimées ou anonymisées une fois qu'elles ne sont plus nécessaires. Ci-dessous nous vous communiquons quelques-unes des durées de conservation applicables aux finalités indiquées à la section 3 ci-dessus.

- Pour une durée de deux (2) ans à compter de la date de fin du contrat d'assurance
- En cas de sinistre – [deux (2)] ans à compter du règlement du sinistre.
- En cas de sinistre avec dommages corporels – dix (10) ans à compter du sinistre.
- Pour toute information sur les réclamations – deux (2) ans à compter de la réception de la réclamation.
- Pour toute information sur le contrat – deux (2) ans à compter de l'expiration, de la résiliation, ou de l'annulation.

Toutefois, sachez que des obligations ou des événements spécifiques supplémentaires peuvent parfois annuler ou modifier ces durées, tels que des litiges ou des enquêtes réglementaires en cours, qui peuvent remplacer ou suspendre ces durées jusqu'à ce que l'affaire soit close et que le délai applicable d'examen ou d'appel ait expiré. En particulier, les durées de conservation basées sur des prescriptions dans le cadre d'actions en justice peuvent être suspendues puis reprendre par la suite.

9. Comment nous contacter ?

Pour toute question concernant l'utilisation que nous faisons de vos données personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail ou par courrier postal :

AP Solutions GmbH
Département Protection des Données Personnelles
7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen

E-mail : informations-personnelles@votreassistance.fr

10. À quelle fréquence mettons-nous à jour la présente déclaration de confidentialité ?

Nous procédons régulièrement à la révision de cette déclaration de confidentialité.

AGRICA PRÉVOYANCE
Proches par nature, engagés à vos côtés

Réf. : 2025-01- NI SOCLE ACTIFS – 5188

AGRICA PRÉVOYANCE - www.groupagrica.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 - Emetteur des Certificats Mutualistes, soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest - CS 92459 - 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 - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.