

MINISTÈRE
CHARGÉ DE
L'AGRICULTURE

AGENTS ACTIFS
ET AYANTS -
DROITS

NOTICE D'INFORMATION

GARANTIES OPTIONNELLES

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



**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	8
ARTICLE 2.7	Réclamations - Médiation	8
ARTICLE 2.8	Fausse déclaration	9
ARTICLE 2.9	Recours contre tiers responsable	9
ARTICLE 2.10	Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	9
TITRE 3	CONDITIONS D'EXÉCUTION DU CONTRAT	10
ARTICLE 3.1	Durée	10
ARTICLE 3.2	Groupe Assuré	10
ARTICLE 3.3	Affiliation facultative et prise d'effet des garanties des ayants droits	11
ARTICLE 3.4	Affiliation et prise d'effet des options facultatives	12
ARTICLE 3.5	Renonciation	13
ARTICLE 3.6	Cessation de l'affiliation	13

ARTICLE 3.7	Dispositions applicables en cas de suspension de la relation de travail	13
ARTICLE 3.8	Vos obligations	14
ARTICLE 3.9	Obligations de votre employeur	14
ARTICLE 3.10	Restitution de l'indû	14
ARTICLE 3.11	Cotisations	14

TITRE 4 VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ 16

ARTICLE 4.1	Bénéficiaires des garanties	16
ARTICLE 4.2	Entrée en vigueur des garanties	16
ARTICLE 4.3	Montant des garanties	16
ARTICLE 4.4	Règlement des prestations	17
ARTICLE 4.5	Limites et exclusions de la garantie frais de santé	18
ARTICLE 4.6	Etendue territoriale de la garantie frais de santé	18
ARTICLE 4.7	Contrôle des prestations	18
ARTICLE 4.8	Cessation des garanties	18
ARTICLE 4.9	Maintien des garanties sous forme de contrat individuel	19

TITRE 5 PORTABILITÉ DES DROITS 20

ARTICLE 5.1	Bénéficiaires	20
ARTICLE 5.2	Ouverture et durée des droits à portabilité	20
ARTICLE 5.3	Vos obligations	20
ARTICLE 5.4	Prestations	21
ARTICLE 5.5	Cessation de la portabilité	21

TITRE 6 DÉFINITIONS 22

ARTICLE 6.1	Définitions des intervenants au contrat	22
ARTICLE 6.2	Définitions des termes propres au contrat	22

TITRE 7	TABLEAU DE GARANTIES	26
	ARTICLE 7.1 Services	32
TITRE 8	RÉSEAU DE SOINS	33

PRÉAMBULE



Vous bénéficiez auprès de CCPMA PREVOYANCE, GROUPAMA Paris Val de Loire et PREDICA, d'un contrat complémentaire facultatif « Garanties optionnelles » souscrit par le Ministère chargé de l'Agriculture pour les agents bénéficiaires actifs - hors agents affectés à l'étranger - mis en place au 1^{er} janvier 2025.

Le contrat vous permet ainsi qu'à vos ayants droit, de bénéficier de garanties frais de santé en complément du panier de soins interministériel.

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

TITRE 2

DISPOSITIONS GÉNÉRALES



ARTICLE 2.1

Objet du contrat

Le présent contrat collectif, souscrit par votre employeur, est une assurance complémentaire frais de santé qui vous garantit ainsi qu'à vos ayants-droit affiliés, 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 légales et réglementaires de « **contrat solidaire** » et « **contrat responsable** ».

Le présent contrat propose des garanties optionnelles de trois niveaux s'ajoutant aux remboursements prévus par la couverture obligatoire socle « panier de soins interministériel ».

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, Société d'assurance mutuelle, régie par le Code des assurances.
- **PREDICA**, Société anonyme au capital de 1 029 934 935 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des Assurances. Siège social : 16-18 boulevard de Vaugirard 75015 PARIS - RCS Paris n° 334 028 123.

CCPMA PREVOYANCE,

GROUPAMA Paris Val de Loire

et

PREDICA

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

CCPMA PREVOYANCE est l'apporteur du présent contrat.

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

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

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,
- 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 ainsi que vos ayants droit couverts par ce contrat, des services proposés par le réseau de soins **Itélis**, dont le siège social est situé à : 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.

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 et, s'il y a lieu, celles de vos ayants droit et de vos bénéficiaires (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@groupagricar.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@mercier.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 :

- soit par courrier à l'adresse suivante: Service Réclamations - Tour Ariane 92088 Paris La Défense,
- soit par courriel à : mercier.experience.clients@mercier.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 vous 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 vous 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'EXÉCUTION DU CONTRAT



ARTICLE 3.1

Durée

Le contrat souscrit par votre employeur prend effet le 1^{er} 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 1^{er} janvier 2029 au 31 décembre 2029 et une seconde période de reconduction allant du 1^{er} 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, sans condition d'ancienneté et demandant à être affilié aux garanties optionnelles.

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 de votre affectation au régime local pour ce dernier territoire) et vous êtes soumis à la législation française de sécurité sociale ou affiliés à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ou assurés volontaires contre les risques maladie et maternité dans les conditions prévues aux articles L.762-5 à L.762-6-5 du code de la sécurité sociale.

Vous appartenez au groupe assuré en tant que :

- agent fonctionnaire (titulaire ou stagiaire) affecté en administration centrale ;
- agent fonctionnaire (titulaire ou stagiaire) des services déconcentrés (DRAAF, DRIAFA, DAAF et DDI), des établissements d'enseignement agricole technique public, des établissements d'enseignement agricole supérieur, de GLP, d'un des établissements publics susvisés ;
- agent fonctionnaire (titulaire ou stagiaire) de l'administration centrale, des services déconcentrés (DRAAF, DRIAFA, 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 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 L911 -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 en charge de l'agriculture et qui restent rémunérés par ce dernier.

Les ayants-droits d'un bénéficiaire actif appartiennent également au groupe assuré et bénéficient des dispositions de la présente notice d'information dès lors que le bénéficiaire actif demande l'extension des garanties à leur bénéfice et qu'ils répondent à la définition de l'article 3.3 de l'accord du 22 mai 2024, à savoir :

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

- Agés de moins de 21 ans,
- Agés de moins de 25 ans s'ils justifient de la poursuite de leurs études, sont en contrat d'apprentissage ou demandeurs d'emploi au sens de l'article L.5411-1 du code du travail,
- Handicapés reconnus par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, sans condition d'âge.

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

En outre pour être affiliés au présent contrat les ayants-droit doivent être soumis à la législation française de sécurité sociale ou être affiliés à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ou être assurés volontaires 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.

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

A ce titre, vous serez affilié au présent contrat. Dès l'entrée dans le groupe assuré, vous êtes dénommé « Participant ».



ARTICLE 3.3

Affiliation facultative et prise d'effet des garanties des ayants droits

Vous pouvez, à titre facultatif faire bénéficier vos ayants droit (tels que définis à la présente notice d'information) des garanties optionnelles à condition qu'ils soient affiliés au contrat socle « Panier de soins interministériel ». L'extension des garanties est accordée, selon la structure tarifaire choisie par l'administration adhérente :

- à un ou plusieurs de vos ayants droit.

Si vous avez choisi d'étendre vos garanties à un ou plusieurs de vos ayants droit, leur affiliation au présent contrat prend effet :

- soit à la date de prise d'effet de votre affiliation au régime, en cas de demande simultanée pour vous et vos ayants droit ;
- soit à compter de la date de survenance de l'évènement, en cas de changement dans votre situation familiale, tel que défini à la présente notice d'information, si vous avez effectué votre demande à l'Institution ou au délégataire de gestion, le cas échéant, dans les 30 jours qui suivent l'évènement ;
- soit au 1^{er} jour du mois civil suivant votre demande, si la demande d'extension est faite en dehors de tout changement de situation.

Les garanties sont accordées à vos ayants droit, (tels que définis à la présente notice d'information), à compter du premier jour de leur affiliation moyennant une cotisation entièrement à votre charge.

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

Votre demande doit être formalisée par un bulletin d'affiliation ou de modification, que vous devez compléter et signer, et remettre à l'Institution soit directement, soit par le biais de votre employeur ou au délégataire de gestion, le cas échéant.

Dénonciation annuelle

Vous avez la faculté de dénoncer l'extension des garanties à vos ayants droit au moins deux mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours pour que l'extension des garanties à vos ayants droit cesse de produire ses effets au 31 décembre de cette même année.

Vous pouvez dénoncer l'extension des garanties aux ayants droit selon les modalités prévues à l'article L 932-21-3 du Code de la Sécurité sociale telles que décrites ci-après.

Le cachet de la poste, la date d'expédition du recommandé électronique ou la date figurant sur le récépissé actant de la demande de dénonciation font foi du respect du préavis de deux mois.

Dénonciation infra-annuelle

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

La dénonciation de l'extension des garanties à vos ayants droit prend alors effet un mois calendaire après que l'Institution ait reçu votre notification.

Dénonciation en cas de changement de situation familiale

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

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

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

Votre demande de dénonciation peut être effectuée, à votre choix :

- par tout support durable. A cet effet, vous pouvez adresser votre demande sur votre espace client sur le site www.psc-agriculture-mercier.fr
- ou par déclaration faite au siège social de l'Institution, ou le cas échéant du délégataire de gestion, contre remise d'un récépissé,
- ou par acte extrajudiciaire,
- ou lorsque l'Institution, ou le cas échéant du délégataire de gestion, propose la souscription de l'extension des garanties à vos ayants droit par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

L'Institution, ou le cas échéant le délégataire de gestion, confirme par écrit la réception de votre demande de dénonciation.

En cas de dénonciation, toute nouvelle demande d'extension des garanties à vos ayants droit ne peut intervenir, au plus tôt, qu'à l'expiration d'un délai de deux ans.

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

Votre demande de dénonciation peut être effectuée, à votre choix :

- par tout support durable. A cet effet, vous pouvez adresser votre demande sur votre espace client sur le site www.psc-agriculture-mercier.fr
- ou par déclaration faite au siège social de l'Institution, ou le cas échéant du délégataire de gestion, contre remise d'un récépissé,
- ou par acte extrajudiciaire,
- ou lorsque l'Institution, ou le cas échéant du délégataire de gestion, propose la souscription de l'extension des garanties à vos ayants droit par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

L'Institution, ou le cas échéant le délégataire de gestion, confirme par écrit la réception de votre demande de dénonciation.

En cas de dénonciation, toute nouvelle demande d'extension des garanties à vos ayants droit ne peut intervenir, au plus tôt, qu'à l'expiration d'un délai de deux ans.

ARTICLE 3.4

Affiliation et prise d'effet des options facultatives

Vous avez la possibilité d'améliorer votre niveau de couverture obligatoire socle « Panier de soins interministériel » en souscrivant à l'une des trois options facultatives de l'assurance « garanties optionnelles ».

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

- à la date de prise d'effet de votre affiliation au contrat collectif obligatoire socle, si votre demande intervient simultanément ;
- ou le 1^{er} jour du mois civil qui suit votre demande d'affiliation aux garanties optionnelles.

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

La cotisation correspondant à l'option choisie est prélevée directement sur votre compte bancaire.

Votre demande doit être formalisée par l'imprimé « bulletin d'affiliation », que vous devez compléter et signer et remettre au délégataire de gestion avec les pièces justificatives.

Dénonciation annuelle

Vous avez la faculté de dénoncer votre affiliation à l'option facultative annuellement, au moins deux mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours pour que votre affiliation à l'option cesse de produire ses effets au 31 décembre de cette même année.

La dénonciation de votre affiliation peut être effectuée selon les modalités prévues à l'article L 932-21-3 du Code de la Sécurité sociale telles que décrites ci-après.

Le cachet de la poste, la date d'expédition du recommandé électronique ou la date figurant sur le récépissé actant de la demande de dénonciation font foi du respect du préavis de deux mois.

Dénonciation infra-annuelle

Outre cette faculté de dénonciation annuelle, vous pouvez, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de signature du bulletin d'affiliation, dénoncer à tout moment votre affiliation à l'option facultative selon les modalités prévues à l'article L.932-21-3 du Code de la Sécurité sociale telles que décrites ci-après.

La dénonciation de l'option prend alors effet au 1^{er} jour du mois suivant la date de résiliation.

Modalités de dénonciation annuelle ou infra-annuelle

Votre demande de dénonciation peut être effectuée, à votre choix :

- par tout support durable. A cet effet, vous pouvez adresser votre demande sur votre espace client sur le site www.psc-agriculture-mercier.fr
- ou par déclaration faite au siège social de l'Institution, ou le cas échéant du délégataire de gestion, contre remise d'un récépissé,
- ou par acte extrajudiciaire,
- ou lorsque l'Institution, ou le cas échéant du délégataire de gestion, propose la souscription de l'option par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

L'Institution, ou le cas échéant le délégataire de gestion, confirme par écrit la réception de votre demande de dénonciation.

En cas de dénonciation des garanties optionnelles (passage d'une formule option au socle interministériel) toute nouvelle demande d'affiliation à l'une des options facultatives ne peut intervenir au plus tôt qu'à l'expiration d'un délai de 2 ans.

Vous pouvez passer d'un niveau supérieur à un niveau inférieur d'option au premier jour du mois qui suit la réception de la demande sous réserve d'une durée minimale de cotisations de deux ans dans la couverture. La durée minimale de cotisations n'est pas exigée en cas de changement de situation familiale.

ARTICLE 3.5 **Renonciation**

En votre qualité de bénéficiaire actif, après votre affiliation au présent contrat, vous avez la possibilité de vous rétracter dans les trente jours calendaires révolus qui suivent l'envoi du certificat d'affiliation à la condition de n'avoir perçu aucun remboursement de frais de santé pendant ce délai.

La notification de la renonciation peut être effectuée :

- par lettre au délégataire de gestion dans les termes suivants :

« Je soussigné(e), (nom, prénom, n° de Sécurité sociale, code client), demeurant (adresse), déclare vouloir exercer mon droit à renonciation prévu à l'article L. 932-15 du Code de la Sécurité sociale. Je demande ainsi l'annulation de mon affiliation au contrat frais de santé « Garanties optionnelles des actifs du Ministère en charge de l'agriculture » à réception de la présente lettre. Je vous remercie de bien vouloir effectuer le remboursement des sommes éventuellement déjà versées. »

- ou par tout support durable. A cet effet vous pouvez adresser votre demande sur votre espace client sur le site www.psc-agriculture-mercier.fr
- ou par déclaration faite au siège social de l'Institution ou du délégataire de gestion contre remise d'un récépissé,
- ou par acte extrajudiciaire,
- ou lorsque l'Institution, ou le cas échéant le délégataire de gestion, propose la souscription du contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

La renonciation s'effectue pour l'ensemble des personnes bénéficiaires du contrat et entraîne la restitution des sommes perçues par l'Institution au titre des cotisations, dans un délai maximal de 30 jours révolus à compter de la réception de la lettre recommandée signifiant la renonciation.

L'acceptation de la renonciation par l'Institution ou le cas échéant le délégataire de gestion, entraîne la nullité du contrat.

ARTICLE 3.6 **Cessation de l'affiliation**

▼ **3.6.1 Pour le bénéficiaire actif**

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 présent contrat conclu entre votre employeur et l'Institution ;
- dans les cas de suspension du contrat protection sociale complémentaire (détachement sortant, disponibilité autre que pour des raisons de santé...) pendant une durée déterminée ;
- en cas de demande de dispense d'affiliation 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 en 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.

▼ **3.6.2 Pour les ayants droit**

L'affiliation de vos ayants droit prend fin :

- à la date à laquelle ils perdent la qualité d'ayant droit et cessent d'appartenir au groupe assuré tel que défini dans la présente notice d'information,
- à la date de cessation de votre affiliation obligatoire en qualité de bénéficiaire actif au contrat socle obligatoire « Panier de soins interministériel », sauf si vous bénéficiez de la portabilité des droits,
- à la date de la dénonciation de vos garanties optionnelles,
- à la date de la dénonciation de l'extension des garanties à vos ayants-droits,
- à la date de la résiliation du présent contrat ou du contrat collectif à adhésion obligatoire.

ARTICLE 3.7 **Dispositions applicables en cas de suspension de la relation de travail**

▼ **3.7.1 En cas de suspension de la relation de travail indemnisée :**

Vos garanties ainsi que celles de vos ayants droit inscrits 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 votre relation de travail indemnisée.

3.7.2 En cas de suspension de votre 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 le maintien de vos garanties optionnelles moyennant le versement complet de la cotisation d'équilibre et le montant de la cotisation de l'option souscrite.

Le versement de l'intégralité de la cotisation est effectué par prélèvement sur votre compte bancaire. La part correspondant au financement de l'employeur public vous sera remboursée par votre administration. La cotisation correspondant à l'affiliation de vos ayants-droits reste entièrement à votre charge.

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 au titre des garanties optionnelles durant cette période impliquera le paiement intégral des cotisations correspondantes par vous même.

ARTICLE 3.8

Vos obligations

Vous vous obligez :

- à accepter le prélèvement des cotisations facultatives dues au titre du renforcement des garanties du socle sur votre compte bancaire ;
- 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 3.9

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-mercier.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, le Ministère chargé de l'Agriculture s'oblige vis-à-vis de l'Institution :

- 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.

ARTICLE 3.10

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 3.11

Cotisations

3.11.1 Taux et montant des cotisations

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

Le montant de la cotisation varie selon le niveau de garanties (option 1, 2 ou 3) et la structure tarifaire choisie par votre employeur.

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.

La cotisation est de type « **Agent/conjoint/enfant** », à savoir une cotisation individuelle vous couvrant en tant que bénéficiaire actif et une cotisation concernant vos ayants droit dont le montant varie selon qu'il s'agit de votre conjoint ou d'un enfant ayant plus ou moins de 21 ans.

Les cotisations sont fixées dans le respect des conditions fixées à l'article 6.2 de l'accord collectif du 22 mai 2024, à savoir :

L'adhésion aux garanties optionnelles se traduit par le paiement d'une cotisation, en sus de celle due au titre de la garantie du panier de soins interministériel, en fonction du niveau d'option choisie. Quelle que soit l'option choisie, l'employeur participe au financement des garanties optionnelles à hauteur de 50% de la cotisation et dans la limite d'un plafond de 5 euros pour les seuls bénéficiaires actifs.

▼ 3.11.2 Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations sont dues à compter du 1^{er} jour du mois de l'entrée en vigueur de la garantie et sont proratisées en cas d'affiliation en cours de mois.

Les cotisations des garanties sont prélevées directement sur votre compte bancaire.

Elles sont réglées directement par l'ayant-droit lorsque celui-ci a demandé à conserver la qualité de bénéficiaire en cas de décès de l'agent actif.

Le versement des cotisations au délégataire de gestion est de votre seule responsabilité et doit être effectué avant la date limite de paiement fixée le dernier jour du mois de son exigibilité.

▼ 3.11.3 Défaut de paiement de cotisations

Les cotisations qui n'ont pas été acquittées dans les délais sont passibles de majorations de retard dont le taux est égal à 1% du montant des cotisations restant dues.

Dans ce cas, l'Institution ou le délégataire de gestion, le cas échéant, vous adresse une relance suivie d'une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de mise en demeure restée infructueuse, passé un délai de 30 jours, l'Institution, ou le cas échéant le délégataire de gestion, pourra suspendre la garantie, puis résilier votre affiliation, 10 jours plus tard.

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

En tout état de cause, l'Institution peut poursuivre le recouvrement des cotisations par toutes voies de droit, les frais engagés étant à votre charge.

TITRE 4

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ



ARTICLE 4.1

Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires de la garantie frais de santé sont :

- vous-même, en tant qu'agent actif du Ministère chargé de l'Agriculture;
- éventuellement vos ayants-droits.

Vos garanties sont accordées selon la structure tarifaire :

- **Agent/conjoint/enfant**, à savoir une cotisation individuelle vous couvrant et une cotisation pour l'ayant droit dont le montant varie selon qu'il s'agit du conjoint ou d'un enfant ayant plus ou moins 21 ans.



ARTICLE 4.2

Entrée en vigueur des garanties

4.2.1 A votre égard

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.

4.2.2 A l'égard de vos ayants droits

La garantie frais de santé entre en vigueur à l'égard de vos ayants droit :

- à la date de prise d'effet de votre affiliation au présent contrat si la demande se fait simultanément ;

- à une date ultérieure, le 1^{er} jour du mois civil suivant votre demande ;
- à la date de survenance de l'événement modifiant votre situation familiale, dûment déclaré à l'Institution.



ARTICLE 4.3

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 1^{er} janvier au 31 décembre (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 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 4.4

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 4.5****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 4.6****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 4.7****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 paraîtraient nécessaires, notamment les prescriptions médicales et les factures détaillées.

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

En cas de récupération de 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 4.8****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 non paiement des cotisations conformément aux dispositions prévues à l'article « Défaut de paiement des cotisations »,
- 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 :

- pour vous, 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,
- pour vos ayants droits, à la date à laquelle ils ne répondent plus à la définition des ayants droit telle que prévue à l'article 6.1 « Définitions des intervenants au contrat » de la présente notice.

La cessation de la garantie du contrat 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 au délégataire de gestion, le cas échéant .



ARTICLE 4.9

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 et, le cas échéant, celles de vos ayants droits couverts à titre facultatif, moyennant le versement complet du montant de la cotisation correspondant à l'option souscrite en vigueur à la date à laquelle la cotisation est due.

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

Dès connaissance de cette situation, l'Institution ou le délégataire de gestion, 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. À 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 couvriraient en tant qu'actif lorsque votre relation de travail a été rompu et que vous remplissez les conditions suivantes :

- ouvrir droit à indemnisation par le régime de l'assurance chômage ;
- avoir été affilié et ouvrir droit 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 dernier 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. À 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 régime 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 intervenants au contrat

PARTICIPANT

Sont considérés comme participant : les bénéficiaires actifs de l'administration adhérente ainsi que les ayants droits des bénéficiaires actifs définis ci-dessous, appartenant au groupe assuré désigné aux Conditions Particulières et affilié au présent contrat.

AYANTS DROIT

Sont considérés comme ayants droit au sens dudit contrat :

- **vosre conjoint** non séparé de corps dans les conditions prévues à l'article 296 du code civil;
- **le cocontractant d'un PACS**, la personne qui a conclu avec vous un Pacte Civil de Solidarité conformément aux dispositions de l'article 515-1 et suivant du Code civil ;
- **le concubin**, personne avec laquelle vous vivez en concubinage dans les conditions prévues à l'article 515-8 du code civil.
- **vos enfants ou vos petits enfants** ou ceux de votre conjoint, de votre partenaire de PACS ou votre concubin ou un enfant qui leur est confié par décision de justice, à leur charge au sens de l'article 196 du Code général des impôts et ne bénéficiant pas d'un autre régime ou dispositif de protection sociale complémentaire au titre de leur activité professionnelle :
 - Agés de moins de 21 ans,
 - Agés de moins de 25 ans s'ils justifient de la poursuite de leurs études, sont en contrat d'apprentissage ou demandeurs d'emploi,
 - Handicapés reconnus par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, sans condition d'âge.

CHANGEMENT DE SITUATION FAMILIALE

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

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

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

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



ARTICLE 6.2

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 apparaître 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 à 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 télémedecine 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 L160-13 du Code de la sécurité sociale.

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

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

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

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

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, (y compris e 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(8)

verre unifocal simple Classe B

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

verre unifocal complexe Classe B

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

verre multifocal ou progressif complexe Classe B

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

verre multifocal ou progressif très complexe Classe B

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(8)

Verre unifocal simple Classe B

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

Verre unifocal complexe Classe B

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

Verre multifocal ou progressif complexe Classe B

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

Verre multifocal ou progressif très complexe Classe B

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

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

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

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



ARTICLE 7.1

Services

Vous pouvez ainsi que vos éventuels ayants-droits bénéficier des services suivants :

- **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 (MEDIIVIZ)** : Un service de téléconsultation disponible 24h/24 et 7j/7 donnant accès à 20 spécialités médicales (généralistes, pédiatres, dermatologues, kinésithérapeutes...)
- **HOSPIWAY** : En cas d'hospitalisation, 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.



Mercer

NOTICE D'INFORMATION | MINISTÈRE CHARGÉ
DE L'AGRICULTURE

itelis

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 : mercermasante.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** ».

Retour



Réseau de soins optiques

Rendez-vous chez l'un de nos partenaires et profitez de prestations de qualité à des tarifs négociés.

[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 essai 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**.



Les modalités du réseau de soins sont décrites ci après.



**AGRICA
PRÉVOYANCE**

Proches par nature, engagés à vos côtés

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

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

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