

Notice d'information

régime frais de santé

Ensemble du personnel non cadre
ayant une ancienneté
minimale de 9 mois

*A l'exception des salariés inscrits à la CPCEA
ou dans une autre caisse de retraite
et de prévoyance cadre, des VRP et
bûcherons-tacherons couverts par d'autres
dispositions conventionnelles.*

Accord régional « frais de santé » du 3 juillet 2009

sur une protection complémentaire frais de santé
en agriculture pour les salariés non cadres de la
région Centre

Votre régime Frais de santé

L'accord régional (ci-après dénommé « l'Accord ») signé le 3 juillet 2009 entre les différents partenaires sociaux a mis en place des garanties conventionnelles Frais de Santé pour l'ensemble des salariés agricoles Non Cadres, ayant au moins 9 mois d'ancienneté dans leur entreprise :

- des exploitations agricoles définies à l'article L722-1 du Code Rural (à l'exception des rouisseurs teilleurs de Lin, des centres équestres, entraîneurs de chevaux de courses, champs de courses et des parcs zoologiques),
- des exploitations de travaux agricoles définis à l'article L722-2 du Code Rural (à l'exception des entreprises du paysage),
- ainsi qu'aux coopératives d'utilisation de matériel agricole (C.U.M.A.) de la région Centre.

Par avenant à cet Accord en date du 29 mars 2010, il a été mis en place deux options supplémentaires facultatives pouvant être choisies par les salariés bénéficiaires à titre obligatoire des garanties conventionnelles Frais de Santé.

Cria prévoyance et Agri prévoyance, institutions de prévoyance dédiées au secteur agricole, sont désignées pour être co-assureurs du régime Frais de Santé (à hauteur de 40% pour Cria prévoyance et de 60% pour Agri prévoyance).

Cria prévoyance est désignée comme le gestionnaire du régime.

Vous trouverez dans cette notice, la définition des garanties Frais de Santé ainsi que les éléments vous permettant de mieux comprendre leurs modalités d'application.

Pour tous renseignements complémentaires, vous pouvez vous adresser à votre employeur ou directement à votre interlocuteur Cria prévoyance.

SOMMAIRE

Vos garanties Frais de santé	5
Le fonctionnement du régime	
Article 1 • Objet	6
Article 2 • Contrats responsables	6
Article 3 • Participants	6
Article 4 • Bénéficiaires	7
Article 5 • Prise d'effet et cessation des garanties	8
Article 6 • Garanties optionnelles	8
Article 7 • Condition au maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail	8
Article 8 • Cotisations	9
Article 9 • Prestations	9
Article 10 • Déclaration de sinistre – délai de règlement	9
Article 11 • Limite des remboursements	9
Article 12 • Cas particulier : frais médicaux engagés à l'étranger	9
Article 13 • Assistance	9
Article 14 • Maintien des garanties	9
Article 15 • Prescription	10
Article 16 • Clause de subrogation	10
Article 17 • Informatique et Libertés	10
Article 18 • Réclamations	10
À qui s'adresser ?	10
Les services de Cria prévoyance	11
Les plus de Cria prévoyance	12
Le Fonds Social	16

Document à remettre à votre employeur

Je soussigné(e),

certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime frais de santé en agriculture mis en place auprès de Crià prévoyance et Agri prévoyance pour les salariés non cadres.

A _____ le _____
Signature



> Vos garanties frais de santé

Le total des remboursements de la Mutualité Sociale Agricole (ou Sécurité sociale), de Cria prévoyance et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses engagées.

DESIGNATION DES ACTES	Régime de base + complémentaire obligatoire Cria prévoyance	Régime de base + Cria prévoyance (complémentaire obligatoire + option A) obligatoire + option B)	
Frais Médicaux			
Consultation et visite (médecin ou spécialiste)	100% BR	170% BR	270% BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie	100% BR	170% BR	170% BR
Auxiliaires Médicaux, soins infirmiers, massages, pédicure, orthophonistes, orthoptistes,	100% BR	160% BR	260% BR
Sages femmes	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses, examens de laboratoire	100% BR	160% BR	260% BR
Radiographie, électroradiologie	100% BR	170% BR	270% BR
Participation forfaitaire (actes médicaux lourds)	pris en charge	pris en charge	pris en charge
Forfait ostéopathie, étio-pathie, chiropractie et ostéodensitométrie	-	forfait de 25 € par séance dans la limite de 125 € par an et par famille	
Transport remboursé par la SS	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie	100% du TFR	100% du TFR	100% du TFR
Frais d'optique Verres, montures, lentilles (y compris jetables) remboursés par la SS	455% BR+forfait de 10% du PMSS par an et par bénéficiaire	565% BR ramené à 455% BR pour les enfants de - de 16 ans + forfait de 12% du PMSS par an et par bénéficiaire	565% BR ramené à 455% BR pour les enfants de - de 16 ans + forfait de 15% du PMSS par an et par bénéficiaire
Frais dentaires			
Soins et honoraires	100% BR	100% BR	100% BR
Prothèses dentaires remboursées par la SS	210% BR+forfait de 11% du PMSS par an et par bénéficiaire	270% BR+forfait de 11% du PMSS par an et par bénéficiaire	370% BR+forfait de 15% du PMSS par an et par bénéficiaire
Prothèses dentaires non remboursées par la SS	-	8% du PMSS par prothèse	10% du PMSS par prothèse
Inlays et Onlays non remboursés par la SS	-	forfait de 400€ par inlays ou onlays	
Implantologie	-	forfait de 400€ par implant	
Parodontologie non remboursée par la SS	-	forfait de 200€ par acte	
Orthodontie remboursée par la SS (enfants)	400% BR	400% BR	400% BR
Orthodontie non remboursée par la SS (enfants/adultes)	-	forfait de 400€ par an et par bénéficiaire	
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, grands et petits appareillages, prothèses sauf auditives, orthopédie	100% BR	100% BR	100% BR
Prothèses auditives	115% BR	165% BR	265% BR
Hospitalisation (hors maternité, séjour en maison de repos, frais de placement en long séjour ou en cure médicale) secteur conventionné ou non			
Frais de soins et séjour	100% BR	100% BR	100% BR
Dépassements	150% BR	150% BR	150% BR
Chambre particulière (hors maternité)	75€ par jour	80€ par jour	80€ par jour
Forfait accompagnant pour un enfant à charge	-	40€ par jour	40€ par jour
Forfait journalier hospitalier (hors maternité)	pris en charge	pris en charge	pris en charge
Participation forfaitaire (actes médicaux lourds)	pris en charge	pris en charge	pris en charge
Maternité (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et séjour	100% BR	100% BR	100% BR
Dépassements d'honoraires et chambre particulière	forfait de 33,33% du PMSS par bénéficiaire et par maternité		
Prime de naissance ou d'adoption	forfait de 8% du PMSS par naissance et par adoption		
Actes de prévention (conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable)			
Intégralité des actes de prévention	100% BR	100% BR	100% BR

BR : Base de Remboursement du régime de base (MSA/SS) - TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale soit, 2 885 € au 01/01/2010.

Prestations effectuées dans le parcours de soins. Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins ou en cas de refus d'accès au dossier médical personnel, la participation forfaitaire et les franchises médicales ne donnent pas lieu à remboursement. Une éventuelle diminution de l'indemnisation du régime de base ne sera pas compensée.

> Le fonctionnement du régime

Article 1 OBJET

La présente notice précise les conditions dans lesquelles Cria prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, assure au salarié et le cas échéant à sa famille, conformément à l'Accord, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité.

Le salarié affilié est dénommé ci-après « Participant » au sein de la présente notice d'information.

Article 2 CONTRATS RESPONSABLES

Dans le respect du parcours de soins :

Le régime prévoit un remboursement minimum des frais occasionnés par le médecin traitant ou le médecin correspondant (article R871-2 du Code de la Sécurité sociale) :

- 30 % du tarif opposable des consultations,
- 30 % du tarif servant de base au remboursement de la Sécurité sociale pour les médicaments prescrits et pris en charge par cet organisme à hauteur de 65 %,
- 35 % du tarif servant de base au calcul des prestations de la Sécurité sociale pour les frais d'analyses ou de laboratoire prescrits.

En cas de non-respect du parcours de soins :

Le régime ne compense pas la réduction par la Sécurité sociale du taux de sa prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins, c'est-à-dire dans les cas suivants :

- absence de désignation de médecin traitant,
- consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant,
- refus d'accès au dossier médical.

Le régime ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Dans tous les cas :

Le régime ne prend pas en charge la participation forfaitaire et les franchises médicales mises à la charge de l'assuré (article L322-2 II et III du Code de la Sécurité sociale) :

- pour les consultations réalisées par un médecin en ville, en établissement ou en centre de santé (hors hospitalisation) et les actes de biologie médicale.
- pour les médicaments délivrés hors hospitalisation, les actes effectués par un auxiliaire en ville ou en établissement ou centre de santé (hors hospitalisation), les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi à l'exception des transports d'urgence.

Prévention

Le régime prend en charge, au niveau du ticket modérateur la participation des assurés pour les actions de prévention (article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale) ci-dessous indiquées, figurant sur la liste fixée par Arrêté ministériel, et retenues par l'Accord :

- Un détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum.
- Un dépistage de l'hépatite B.
- Un scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous

réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé avant le quatorzième anniversaire.

- Un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- Un dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de cinquante ans pour un des actes suivants :
 - Audiométrie tonale ou vocale,
 - Audiométrie tonale avec tympanométrie,
 - Audiométrie vocale dans le bruit,
 - Audiométrie tonale et vocale,
 - Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie.
- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L162-1-7 du Code de la Sécurité sociale. La prise en charge est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
- Les vaccinations suivantes seules ou combinées :
 - Diphtérie, tétanos et poliomyélite à tous âges,
 - Coqueluche avant 14 ans,
 - Hépatite B avant 14 ans,
 - BCG avant 6 ans,
 - Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant,
 - Haemophilus influenzae B,
 - Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

Article 3 PARTICIPANTS

3.1 Tout salarié non cadre employé par une entreprise relevant du champ d'application de l'Accord bénéficie **obligatoirement** du régime conventionnel « Frais de Santé » **sous réserve d'avoir acquis 9 mois d'ancienneté dans l'entreprise.**

Toutefois, par dérogation au caractère obligatoire pour le personnel visé ci-dessus, ne sont pas concernés par la présente notice les salariés suivants :

- Les cadres et personnels ressortissants de la Convention Collective du 2 avril 1952 et relevant de la CPCEA et bénéficiant à ce titre du régime de complémentaire santé défini dans la convention précitée,
- Les VRP et les bûcherons-tacherons ressortissant d'autres dispositions conventionnelles.

3.2 Le salarié ayant une ancienneté inférieure à 9 mois peut demander, s'il le souhaite, à être affilié individuellement au régime. La cotisation, identique à celle prévue pour les salariés ayant au moins 9 mois d'ancienneté, est intégralement supportée par ses soins.

3.3 L'entreprise (ci-après dénommée « l'Adhérent ») s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs appartenant à la catégorie de personnel visée au point 3.1.

Cria prévoyance délègue aux caisses MSA le soin de déterminer les salariés à affilier au sein des entreprises adhérentes et bénéficiaires de l'Accord.

Toutefois, conformément à la réglementation en vigueur (circulaire DSS/5B/2009/32 du 30 janvier 2009), certains salariés ont la faculté de ne pas adhérer au régime Frais de santé, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de l'Adhérent en lui retournant la déclaration de dispense d'affiliation dûment complétée et signée. A défaut d'une telle demande dans les conditions définies ci-après, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

Les salariés concernés sont :

- Les salariés qui, à la date d'effet de l'adhésion au régime, bénéficient d'une couverture frais de santé en qualité d'ayant droit, par l'intermédiaire de leur conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS sous réserve qu'il s'agisse d'une couverture collective obligatoire pour lui et pour un niveau de prestation au moins équivalent. Cette faculté n'est pas offerte aux salariés embauchés postérieurement à la date d'effet de l'adhésion au régime. La dispense prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation de couverture obligatoire, de diminution des prestations à un niveau inférieur à celles fixées dans l'Accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié.
- Les salariés bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L863-1 du Code de la Sécurité sociale. La dispense ne vaut que jusqu'à l'échéance du contrat individuel si l'intéressé ne peut pas le résilier par anticipation.
- Les salariés bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) qui en justifient, chaque année, auprès de l'entreprise, par la production de l'attestation de droit à la protection complémentaire.
- Les salariés bénéficiant d'une autre couverture complémentaire santé obligatoire dans le cadre d'un autre emploi exercé simultanément.
- Le salarié ayant plusieurs employeurs relevant du champ d'application de l'Accord : le salarié et un seul de ses employeurs cotisent au titre du présent régime. Cet employeur est celui chez lequel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié.
- Les salariés à temps partiel (ou apprentis) dont la cotisation salariale au régime serait égale ou supérieure à 10% de leur rémunération.

Les salariés ci-dessus mentionnés devront formuler expressément et par écrit auprès de l'Adhérent leur volonté de ne pas adhérer au régime en lui retournant la déclaration de dispense d'affiliation dûment complétée et signée :

- dans un délai d'un mois à compter de la mise en place du régime dans l'entreprise,
- ou pour ceux satisfaisant à la condition d'ancienneté de 9 mois postérieurement à cette mise en place, dans un délai de 30 jours calendaires suivant l'obtention de l'ancienneté requise.

En outre, ils seront tenus de communiquer à l'Adhérent, au moins une fois par an, les informations permettant de justifier de leur situation.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation :

- doivent être affiliés au régime frais de santé à compter du 1er jour du mois civil suivant celui au cours duquel ils cessent de justifier de leur situation ou de remplir les conditions posées à la dispense,
- peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de l'Adhérent, leur adhésion au régime ; l'adhésion prendra effet le 1er jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable.

Le participant bénéficie seul des garanties.

Il peut toutefois choisir de faire bénéficier des garanties de la présente notice à son conjoint et/ou ses enfants définis ci-après, par une extension facultative souscrite individuellement par le participant, en optant soit pour une couverture « couple », soit pour une couverture « famille » ou enfin pour une couverture « salarié+enfant(s) ». Les cotisations liées à cette extension de couverture sont intégralement prises en charge par le participant.

Couverture « couple » :

La couverture « couple » correspond à la couverture du salarié et de son conjoint.

Couverture « famille » :

La couverture « famille » correspond à la couverture du salarié et de l'ensemble de sa famille (conjoint et enfants à charge).

Couverture « salarié+enfant(s) » :

La couverture « salarié+enfant(s) » correspond à la couverture du salarié et de ses enfants à charge.

Définition du conjoint :

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint du participant légalement marié,
- le concubin du participant, sous réserve que le concubinage ait été établi de façon notoire,
- le partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité (PACS).

Définition des enfants à charge :

Sont réputés à charge du participant :

- les enfants à naître,
- les enfants nés viables,
- les enfants recueillis c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel ou du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un PACS.
- les enfants du participant, légitimes ou naturels ou adoptifs et reconnus.

Les enfants ainsi définis doivent être :

- âgés de moins de 18 ans,
- âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans,
 - s'ils poursuivent leurs études et sont inscrits à ce titre au Régime de Sécurité sociale des Etudiants,
 - ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi ou sont stagiaires au titre de la formation professionnelle,
 - ou sont sous contrat d'apprentissage,
 - ou sont employés dans un Centre d'Aide par le Travail ou dans un atelier protégé en tant que travailleur handicapé,
 - sans limitation d'âge en cas d'invalidité avant le 26ème anniversaire équivalente à l'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité sociale, justifiée par un avis médical, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé et tant qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civil.

Les enfants ayant au moins 18 ans qui ne répondront plus à la définition d'enfant à charge ci-dessus pourront souscrire à titre individuel un contrat leur offrant des garanties frais de santé standards différentes de celles de l'Accord du 3 juillet. Les intéressés devront en faire la demande auprès de Cria prévoyance.

Prise d'effet des garanties

1• Pour les participants répondant aux conditions de l'article 3.1 de la présente notice, les garanties prennent effet, sous réserve des dispenses d'affiliation prévues par l'Accord,

- à la date d'effet de l'adhésion pour tous les salariés présents à cette date satisfaisant à la condition d'ancienneté,
- ultérieurement :
 - au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié atteint l'ancienneté de 9 mois,
 - au premier jour du mois qui suit la réception du bulletin d'affiliation pour les salariés ayant demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation et qui viennent à cesser de justifier de la situation ou qui reviennent sur leur décision.

2• Pour les membres de la famille

Les membres de la famille peuvent être affiliés à la même date que le participant sous réserve de la souscription par ce dernier d'une extension facultative.

En cas d'affiliation postérieure à celle du participant, les membres de la famille ne peuvent être affiliés qu'au 1er jour du mois qui suit la date de réception par Cria prévoyance du bulletin d'adhésion.

Cessation des garanties

1• Pour le participant

Les garanties cessent :

- à la date à laquelle le participant n'appartient plus à la catégorie de personnel garantie,
- à la date d'effet de la liquidation de la retraite du régime de base du participant,
- et en tout état de cause à la date d'effet de la dénonciation de l'Accord ou du protocole de gestion.

La radiation du participant entraîne, à la même date, la radiation de l'ensemble des membres de sa famille.

La carte de tiers payant du participant en cours de validité devra être restituée auprès de l'Adhérent ou de Cria prévoyance dans un délai de quinze jours suivant le départ de l'entreprise ou de la cessation des garanties.

En cas de radiation du participant, ce dernier peut souscrire un régime individuel sans formalité médicale dans les conditions exposées à l'article 14.

2• Pour les membres de la famille

En dehors du cas de la radiation du participant, les garanties cessent à l'égard des membres de la famille :

- au 31 décembre de l'exercice au cours duquel la radiation est demandée, sous réserve que la demande de radiation parvienne à Cria prévoyance au plus tard le 31 octobre,
- à la date à laquelle les membres de la famille ne remplissent plus les conditions prévues à l'article 4 de la présente notice pour être bénéficiaires,
- en cas de non-paiement des cotisations dans les 10 jours de leur échéance, après envoi par Cria prévoyance d'une lettre recommandée de mise en demeure avec accusé de réception et le cas échéant mise en œuvre d'une procédure de recouvrement des dites cotisations non suivie d'effet.

Les membres de la famille, une fois radiés, ne pourront plus bénéficier de la garantie au titre de la présente notice. Cette radiation est définitive.

Le participant peut, moyennant le paiement de cotisations intégralement à sa charge, améliorer les garanties en choisissant les garanties optionnelles supplémentaires (option A ou B) décrites au titre « vos garanties frais de santé », selon les conditions définies ci-après :

Conditions et date d'effet de l'adhésion aux garanties optionnelles supplémentaires :

L'adhésion est ouverte, sans examen médical préalable, à tout participant :

- bénéficiaire du régime obligatoire,
- ayant une ancienneté inférieure à neuf mois et ayant demandé à être affilié individuellement au régime,

sous réserve qu'il adresse à Cria prévoyance le bulletin d'adhésion facultative dûment complété et signé.

Bénéficiaires des garanties optionnelles supplémentaires :

Outre le participant, l'adhésion concerne également, le cas échéant, les membres de sa famille pour lesquels il aura choisi l'extension de la couverture prévue à l'article 5.

Le niveau choisi par le salarié (option A ou option B) s'applique à l'ensemble de ses ayants droit.

Changement de niveau :

Le choix de l'option par le participant est définitif sauf en cas :

- de changement d'option pour un passage de l'option A à l'option B. La modification sera alors applicable au 1er janvier de l'année suivante,
- de modification de la situation de famille (mariage, naissance, divorce ...). La modification sera applicable à compter du 1er jour du mois suivant la survenance de l'évènement.

Cessation des garanties optionnelles supplémentaires :

1 - Pour le participant

Outre les cas mentionnés à l'article 5 de la présente notice d'information, les garanties optionnelles cessent :

- au 31 décembre de l'exercice au cours duquel la radiation est demandée, sous réserve que la demande de radiation parvienne à Cria prévoyance au plus tard le 31 octobre.

Aucune nouvelle adhésion ne sera acceptée par la suite,

- en cas de non-paiement des cotisations dans les 10 jours de leur échéance, après envoi par Cria prévoyance d'une lettre recommandée de mise en demeure avec accusé de réception et le cas échéant mise en œuvre d'une procédure de recouvrement des dites cotisations non suivie d'effet. **Cette radiation est définitive.**

La radiation du participant entraîne, à la même date, la radiation de l'ensemble des membres de sa famille.

2 - Pour les membres de la famille

Les garanties cessent à l'égard des membres de la famille dans les mêmes conditions que celles mentionnées à l'article 5 de la présente notice d'information.

En cas suspension du contrat de travail **ne donnant pas lieu à complément de salaire par l'employeur et pour une cause autre que l'arrêt de travail**, les garanties sont maintenues, sans paiement de cotisations (ni part patronale, ni part salariale) pour

une durée maximale de trois mois civils entiers.

Les garanties optionnelles supplémentaires restent maintenues pendant la période considérée moyennant le paiement des cotisations par le participant.

Au-delà de cette période, le participant peut demander le maintien, pendant la durée de la suspension de son contrat de travail, de la couverture frais de santé pour l'ensemble de sa famille et lui-même sous réserve de s'acquitter de l'intégralité des cotisations (part employeur et part salarié).

En cas de suspension du contrat de travail **d'une durée supérieure à un mois civil donnant lieu à rémunération ou indemnisation** (maintien total ou partiel de salaire par l'employeur ou indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées par l'employeur ou pour son compte par un organisme tiers), les garanties, y compris le cas échéant les garanties optionnelles supplémentaires, sont maintenues pour la période considérée.

Les contributions de l'Adhérent et du participant restent dues pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Article 8 COTISATIONS

Excepté dans les cas d'adhésion à titre facultatif ou de souscription à titre individuel dans les conditions prévues aux articles 3.2, 6 et 14, le financement du régime est assuré conjointement par le participant et l'Adhérent. La part de cotisation du participant est directement précomptée sur son bulletin de paie par l'Adhérent. L'Adhérent a la responsabilité du versement total des cotisations. Les cotisations sont dues dès le 1er jour de l'affiliation. Elles sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

Article 9 PRESTATIONS

Cria prévoyance n'intervient pas sur les actes et frais n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge du régime de base dont relève le bénéficiaire sauf cas particuliers prévus par le régime mentionnés dans la présente notice.

Les garanties « Maternité » prévues au régime n'interviennent que pendant la période au cours de laquelle la bénéficiaire reçoit des prestations en nature du régime de base au titre du risque maternité.

Le paiement des prestations est dû au participant le premier jour de son affiliation pour tous les soins engagés pendant la période de garantie, quelle que soit la date de la maladie ou de l'accident ayant provoqué ces soins.

Article 10 DECLARATION DE SINISTRE, DELAI DE REGLEMENT

Cria prévoyance s'engage à un délai de traitement des demandes de prestations :

- de 48 heures maximum pour les décomptes faisant l'objet d'une télétransmission par les caisses du régime de base,
- de cinq jours maximum suivant la constitution complète du dossier et après réception des pièces justificatives nécessaires au

règlement pour les remboursements manuels.

Article 11 LIMITE DES REMBOURSEMENTS

La prestation versée par Cria prévoyance ne peut en aucun cas dépasser la totalité des frais laissés à la charge du participant, après remboursement du régime de base de Sécurité sociale et éventuellement celui d'un autre organisme complémentaire.

Article 12 CAS PARTICULIER : FRAIS MEDICAUX ENGAGES A L'ETRANGER

Cria prévoyance garantit les dépenses, soins ou interventions engagés lors de séjours temporaires à l'étranger dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention de même nature avec le régime français.

Cria prévoyance intervient dès lors que les participants bénéficient d'une prise en charge par la Sécurité sociale française ou par le régime de Sécurité sociale du pays d'accueil.

Dans les deux cas, elle intervient en complément des tarifs théoriques de la Sécurité sociale française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues par le régime.

Article 13 ASSISTANCE

En complément de votre régime « Frais de santé », souscrit auprès de l'Institution, des garanties d'Assistance sont accordées.

Les prestations accordées et les modalités de leur mise en œuvre sont définies en page 12 de la présente notice.

Article 14 MAINTIEN DES GARANTIES AU PROFIT DES ANCIENS SALARIES ET DES AYANTS DROIT D'UN SALARIE DECEDE

Conformément aux dispositions prévues par l'article 4 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989, la garantie frais de santé peut être maintenue par la souscription d'un contrat individuel proposé par Cria prévoyance, sans condition de période probatoire, ni d'examens ou questionnaires médicaux, au profit des personnes suivantes :

- Les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité,
- Les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite,
- Les anciens salariés privés d'emploi bénéficiaires d'un revenu de remplacement,
- Les ayants droit qui étaient garantis par l'intermédiaire d'un salarié décédé.

Cria prévoyance procèdera à la collecte de la cotisation avec une majoration maximum de 50% par rapport à la cotisation globale des actifs (part employeur et part salarié) pour les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'une allocation de préretraite ; avec une majoration de 20% pour les autres anciens salariés. Les cotisations seront intégralement supportées par le participant. Les garanties proposées seront identiques à celles prévues par le régime.

Les intéressés devront en faire la demande auprès de Cria prévoyance dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès du salarié. La garantie prendra effet au plus tard

► Pour votre adhésion, vos cotisations, votre régime

Contactez votre employeur :

- pour effectuer votre adhésion et toute modification de votre situation,
- pour toutes questions concernant le paiement de vos cotisations,
- pour toutes questions générales sur le régime.

► Pour vos remboursements et vos demandes de prises en charge

Contactez Criá prévoyance :

Ionis Santé Service
Criá prévoyance
TSA 47371
34186 MONTPELLIER CEDEX 4
Tél 04 99 58 55 90
Fax 04 99 58 55 61
www.cria.aprionis.fr

Vos demandes de remboursements doivent être accompagnées, notamment :

- des originaux des décomptes du régime de base et/ou d'un autre organisme complémentaire s'il n'y a pas de télétransmission Noémie,
- le cas échéant, des factures originales détaillant les frais engagés,
- de la ou des factures subrogatoires des professionnels de santé en cas de tiers payant.

Outre ces documents, Criá prévoyance pourra, si cela s'avère nécessaire, demander des pièces complémentaires, en vue de votre indemnisation.

► Pour tous changements dans votre situation

Pensez à avertir Criá prévoyance, le plus rapidement possible, lors de tout changement :

- d'adresse,
- de situation de famille,
- de situation des enfants à charge.

Pour obtenir une nouvelle carte de tiers payant Criá prévoyance, retournez l'ancienne accompagnée d'un nouveau bulletin d'affiliation à Criá prévoyance.

le lendemain de la demande.

Par extension, les anciens salariés privés d'emploi **non bénéficiaires** d'un revenu de remplacement pourront également demander le maintien des garanties frais de santé. Toutefois, la demande devra être effectuée auprès de Criá prévoyance dans le mois suivant la date de rupture du contrat de travail. Les cotisations, intégralement supportées par le participant, subiront une majoration maximum de 20% par rapport à la cotisation globale des actifs (part employeur et part salarié).

Les personnes concernées devront toutefois justifier qu'elles ont droit aux prestations en nature du régime social de base à titre obligatoire ou personnel.

Article 15 PRESCRIPTION

Les actions dérivant des opérations mentionnées dans la présente notice sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues à l'article L932-13 du Code de la Sécurité sociale.

Article 16 CLAUSE DE SUBROGATION

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'Institution est subrogée, jusqu'à concurrence du montant desdites prestations, dans les droits et actions du participant ou de ses ayants droit, contre le tiers responsable de l'accident.

Article 17 INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations concernant le participant ou le cas échéant ses ayants droit sont utilisées conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, complétée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à « la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel ».

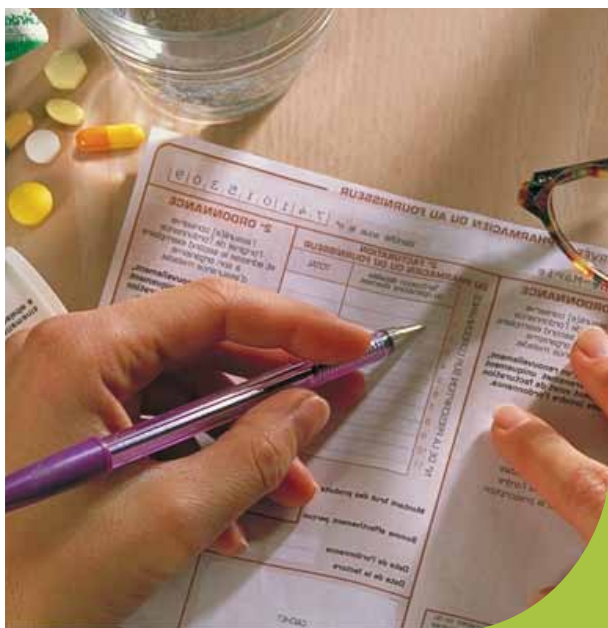
Elles sont exclusivement communiquées aux services de Criá prévoyance, et le cas échéant, à ses mandataires, ses réassureurs, Agri prévoyance (co-assureur du régime) ou des organismes professionnels concernés par le régime.

Conformément aux dispositions légales, le participant ou le cas échéant ses bénéficiaires, dispose d'un droit d'opposition fondé sur des motifs légitimes, d'un droit d'accès et de communication, d'un droit de rectification avec possibilité de compléter, mettre à jour ou verrouiller, d'un droit de modification et de suppression des données le concernant.

Le participant peut exercer ultérieurement ses droits pour les informations nominatives le concernant en s'adressant au siège de Criá prévoyance.

Article 18 RECLAMATIONS

Les participants peuvent, sans préjudice des actions en justice qu'ils ont la possibilité d'exercer par ailleurs, adresser leurs réclamations auprès du service juridique de Criá prévoyance par courrier à l'adresse du siège social de Criá prévoyance.



Noémie

Pour la mise en place du système de télétransmission Noémie, vous devez nous fournir la copie de l'attestation papier jointe à la carte Vitale et un relevé d'identité bancaire ou postal.

Ce système de transfert des données par le régime de base directement à Criá prévoyance vous évite l'envoi de décompte de remboursement du régime de base. Les remboursements se succèdent donc à 48 heures d'intervalle de façon automatique et par virement sur compte bancaire ou postal.

Votre décompte de régime de base porte la mention « Déjà transmis à votre organisme de prévoyance ».

Si cette mention n'apparaît pas, appelez-nous sans tarder et envoyez-nous le décompte pour remboursement. Vous recevrez ensuite un relevé concernant le remboursement effectué par Criá prévoyance.

Sont exclus de ce système :

- > les personnes qui ne souhaitent pas en faire partie,
- > les actes bénéficiant du tiers payant, les sommes étant directement remboursées au praticien,
- > les actes non indemnisés par le régime de base qui bénéficient d'un remboursement de notre part (ex. : orthodontie, prothèses dentaires, lentilles non remboursées).

Pour ces derniers, une facture doit obligatoirement nous être adressée.

Le tiers payant

Une carte nominative vous sera remise et vous permettra d'obtenir le tiers payant (dispense d'avance de frais). Ce service, assurant une prise en charge dans la limite du ticket modérateur (sauf tiers payant optique), est accessible auprès des professionnels de santé conventionnés suivants :

- > Pharmaciens,
- > Radiologues,
- > Laboratoires d'analyses médicales,
- > Auxiliaires Médicaux (Kinésithérapeutes, Infirmiers, Orthophonistes, Orthoptistes),
- > Etablissements hospitaliers (soins externes),
- > Opticiens.

La validité de la carte est renouvelable chaque année. La carte doit être restituée en cas de perte de droit (cessation du contrat de travail notamment) à votre employeur ou à Criá prévoyance.

Tiers payant optique

Pour bénéficier de ce service, vous devez demander une prise en charge de vos frais optique auprès de Criá prévoyance. Ce document sera à remettre à votre opticien ; vous réglez uniquement la part de frais dépassant votre couverture.

Ce tiers payant fonctionne sur le territoire national avec des grands réseaux d'opticiens, notamment : AFFLELOU, ALLIANCE OPTIQUE, GRAND OPTICAL, GROUPE LISSAC, KRYS, LA CENTRALE DES OPTICIENS, LA GENERALE D'OPTIQUE, OPTICAL CENTER, OPTICIENS ATOL, OPTIQUE VISUAL, REGARD ET VISION, OPTIC 2000... *Liste non exhaustive.*

Tiers payant hospitalisation

Avant toute hospitalisation et pour ne pas faire l'avance de frais, vous devez demander une prise en charge hospitalière auprès de Criá prévoyance.

En cas d'urgence, précisez à l'établissement hospitalier les coordonnées de Criá prévoyance : notre service faxera immédiatement une demande de prise en charge auprès de l'établissement chargé de vous accueillir.

Communiquez tout renseignement utile (numéro de contrat, date d'hospitalisation, nom de la personne hospitalisée, numéro de Sécurité sociale, coordonnées de l'hôpital ou de la clinique).

Service en ligne sur www.cria.aprionis.fr

Dans votre espace internet sécurisé, vous pouvez :

- consulter et modifier vos coordonnées personnelles,
- visualiser vos références contractuelles et la liste de vos bénéficiaires,
- accéder à vos remboursements santé (sur les 40 derniers jours),
- faire une demande de prise en charge hospitalière.

Pour créer votre espace Santé sécurisé sur www.cria.aprionis.fr :

- munissez-vous de votre numéro d'adhérent que vous trouverez sur votre carte Tiers Payant et sur vos décomptes de remboursements,
- connectez-vous sur le site www.cria.aprionis.fr/Espace assurés
- cliquez sur « première connexion », votre numéro d'adhérent vous sera alors demandé,
- un courriel vous sera envoyé avec votre mot de passe de connexion.

Les
garanties
Assistance
7 jours/7
et 24 h/24 :
composez le
01 47 11 24 26
code d'accès
F860IS

► Comment bénéficier des prestations ?

Votre service est accessible du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 (et 24h sur 24, 7 jours sur 7 en cas de nécessité urgente).

Les prestations sont délivrées **en France métropolitaine (y compris la Principauté de Monaco et la Corse) et dans les DOM**, sauf pour les garanties « maladie ou accident à l'étranger » qui concernent des prestations d'assistance à l'étranger en cas de survenance d'accidents ou de maladie.

Pour bénéficier des prestations, il est indispensable de contacter FILASSISTANCE préalablement à toute intervention dans les 5 jours suivant l'événement

en composant le 01 47 11 24 26 et en rappelant le code d'accès F860IS.

FILASSISTANCE transmet des informations d'ordre général, communiquées dans le respect de la déontologie médicale et des professionnels de santé traitants qui seuls sont habilités à porter des indications d'ordre diagnostique ou thérapeutique personnalisées. FILASSISTANCE décline toute responsabilité dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements communiqués.

Le nombre d'heures accordées pour les garanties est déterminé selon vos besoins, en accord avec l'équipe médico-sociale de FILASSISTANCE. Un certificat médical doit être adressé avant la mise en œuvre des prestations.

L'ensemble des prestations d'assistance est assuré par FILASSISTANCE INTERNATIONAL (Société régie par le Code des Assurances dont le siège social est au 108 bureaux de la colline, 92213 Saint-Cloud Cedex).

Accident : tout événement soudain, imprévisible et violent, extérieur à la victime, et indépendant de sa volonté, constituant la cause d'une atteinte corporelle grave.

Animaux de compagnie : animaux considérés usuellement comme « familiers » tels que chiens et chats.

Autorité médicale : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.

Bénéficiaires : le participant ou ses ayants droit (conjoint, concubin ou personne liée au participant par un pacte civil de solidarité, ainsi que leurs enfants et ascendants fiscalement à charge, vivant sous le même toit) assuré par une des entités Institution de Prévoyance ou mutuelle du groupe Aprionis ayant adhéré au contrat d'assistance et domicilié en France ou dans un DOM.

France : France métropolitaine, y compris la Corse et la Principauté de Monaco.

Franchise : part des dommages qui reste à la charge du participant.

Hospitalisation : tout séjour d'une durée supérieure à 24 heures dans un hôpital ou une clinique.

Immobilisation : est considérée comme immobilisée, toute personne se trouvant dans l'impossibilité de se déplacer.

Maladie : toute altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, médicalement constatée et imposant une immobilisation au domicile ou une hospitalisation.

Proches parents : ascendants et descendants au 1er degré, conjoint, concubin ou personne liée au participant par un pacte civil de solidarité.

Sinistre : tout événement justifiant l'intervention de FILASSISTANCE.

Titre de transport : pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures, il est remis un billet de train, aller et retour, 1ère classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe touriste.

ASSISTANCE GAINS DE TEMPS

Vous bénéficiez d'une aide et d'une information dans les domaines de la vie courante (certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique est alors pris sous 48 heures). Notre équipe de chargés d'informations répond aux questions des bénéficiaires dans des domaines très variés :

INFORMATIONS JURIDIQUES : justice, vie professionnelle, sociétés, affaires, allocations, retraite, impôts, fiscalité, famille.

INFORMATIONS VIE PRATIQUE : logement, consommation, vacances, formalités administratives, services publics, enseignement.

INFORMATIONS MEDICO-SOCIALES : réponse aux questions d'ordre médical ou diététique, recherche de centres de cures.

INFORMATIONS DIVERSES ET DEPANNAGE : communications des numéros de téléphone de gares SNCF, aéroports, gendarmeries, entreprises de dépannage, etc.

ASSISTANCE BEBE

FILASSISTANCE vous apporte aide et information sur la grossesse et la maternité dans les domaines suivants :

INFORMATIONS ET AIDE A LA RECHERCHE D'AIDES FINANCIERES, A LA CONSTITUTION DE DOSSIERS

FILASSISTANCE fournit aide et conseils nécessaires à la résolution des questions de la vie familiale que se posent les parents. De même, FILASSISTANCE apporte des informations d'ordre administratif, social et juridique, et :

- aide le bénéficiaire à trouver les aides sociales dont il peut bénéficier, l'informe sur les démarches à effectuer pour les obtenir et l'aide dans la constitution de dossiers,
- aide le bénéficiaire à trouver des aides financières pour la garde d'enfants (allocation de garde d'enfant à domicile, l'AGED, les prestations d'accueil du jeune enfant, l'APAJE, allocations familiales),
- informe le bénéficiaire sur les montants des aides financières possibles, leurs conditions d'attribution, les durées de versement, les démarches à accomplir pour en bénéficier et l'aide dans la constitution de dossiers,
- informe le bénéficiaire sur les conséquences fiscales des différents types de contrats de vie commune,
- oriente le bénéficiaire dans les démarches à effectuer lors d'une naissance (déclaration, livret de famille, etc.),
- informe le bénéficiaire sur les droits de la famille.

La prestation de renseignements est assurée par une équipe de chargés d'informations qui répondent à toute question d'ordre réglementaire et juridique ainsi qu'aux demandes d'informations du domaine de la vie pratique.

SANTE

Sur simple demande téléphonique, FILASSISTANCE recherche et communique au bénéficiaire les informations ou expertises concernant l'hygiène de vie (alimentation, diététique, nutrition, etc.).

CONFORT ET BIEN-ETRE

Sur simple demande téléphonique, FILASSISTANCE aide à la recherche, communique les coordonnées et met en relation le cas échéant le bénéficiaire avec des établissements spécialisés (centres de thalassothérapie post-natale, centres de massages, piscines où l'on propose une activité de bébés nageurs, etc.).

Par ailleurs, FILASSISTANCE aide à la recherche et communique les coordonnées de professionnels de santé : médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens, dentistes, pharmaciens, auxiliaires médicaux et paramédicaux ...

Les frais engagés restent à la charge du bénéficiaire.

INFORMATIONS ET CONSEILS CONCERNANT LES BEBES

FILASSISTANCE procure des informations et des conseils au bénéficiaire sur les soins à apporter à un bébé (hygiène, bain, toilette, etc.), la prévention, notamment concernant les accidents domestiques et la nutrition (alimentation, sevrage, etc.).

ASSISTANCE JEUNES ENFANTS

Cette prestation est servie en cas d'immobilisation à domicile de votre enfant de moins de 15 ans accidenté ou malade (maladie soudaine, imprévisible et aiguë, non chronique).

GARDE D'ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS

Lorsqu'un de vos enfants ou de votre conjoint est immobilisé au domicile plus de 2 jours, suite à un accident ou une maladie et si aucun autre bénéficiaire ne peut rester à son chevet, FILASSISTANCE organise et prend en charge, jusqu'à 30 heures, la garde à domicile par une aide maternelle.

La mise à disposition d'une aide maternelle ne s'applique qu'au-delà du congé pour enfant malade prévu légalement ou conventionnellement. Sa rétribution ne peut dépasser deux interventions par année civile pour chaque enfant assuré. Si vous ou votre conjoint le préférez, il est possible d'organiser et prendre en charge la venue d'un proche parent jusqu'au domicile en mettant à disposition un titre de transport.

Ce proche parent devant résider en France Métropolitaine si vous résidez en France Métropolitaine et dans le département identique au vôtre si vous résidez dans un DOM.

ECOLE A DOMICILE

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de votre enfant ou celui de votre conjoint l'oblige à garder le lit par suite de maladie ou d'accident, et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours, FILASSISTANCE fournit une aide pédagogique à partir du 16ème jour. FILASSISTANCE recherche et prend en charge un répétiteur scolaire pour donner à l'enfant des cours dans les matières principales, à raison de 10 heures par semaine au maximum (150 heures maximum par année civile et 500 heures pendant toute la durée du contrat). Cette prestation pédagogique s'adresse exclusivement aux enfants scolarisés en France et n'ayant pas dépassé la classe de 3ème. Elle ne peut être fournie qu'une fois par année scolaire pour chacun de vos enfants ou de votre conjoint et elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires d'été et pendant les jours fériés.

ASSISTANCE SANTE

RECHERCHE D'UN MEDECIN

En cas d'accident et d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant. Toutefois, en dehors de situations d'urgence, 24h/24 et 7j/7, FILASSISTANCE apporte son aide, en l'absence du médecin traitant, pour trouver un médecin de garde sur le lieu où survient l'accident ou la maladie. De plus, nous pouvons intervenir pour rechercher une infirmière ou un intervenant paramédical.

Les frais de visite ou autres restent à la charge du bénéficiaire.

ECOUTE ET AIDE A LA RECHERCHE DE PROFESSIONNELS ASSURANT LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Sur simple appel d'un bénéficiaire, FILASSISTANCE peut le mettre en relation avec la plate-forme d'écoute médico-psycho-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'as-

sistantes sociales, etc., destinée à lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

AIDE A L'ANALYSE DES DEVIS – ACCES PERSONNEL SECURISE AU SITE INTERNET <https://www.carresbleus.fr/>
FILASSISTANCE vous (ou tout autre bénéficiaire) met en relation du lundi au samedi de 8h à 20h avec la plateforme Carrés Bleus pour les demandes d'analyse de devis dentaires et orthodontie, optiques et de prothèses. Carrés Bleus vous (ou tout autre bénéficiaire) informe à la demande, dans le respect de la confidentialité du traitement des données médicales, sur le contenu des devis que vous lui soumettez (avantages, inconvénients, solutions alternatives) et sur leur prix par rapport à ses tarifs de références.

REMBOURSEMENT DES FRAIS MEDICAUX, PHARMACEUTIQUES, D'HOSPITALISATION ET CHIRURGICAUX A L'ETRANGER
Ces dispositions concernent les frais engagés à l'étranger (hors France métropolitaine et DOM/TOM) à la suite d'un accident ou d'une maladie imprévisible survenant pendant la durée de validité des garanties. FILASSISTANCE rembourse le bénéficiaire à concurrence de **4 575 euros** sous déduction d'une franchise de 30 euros.

FILASSISTANCE attire l'attention du bénéficiaire :

- du fait d'un coût très élevé d'hospitalisation dans certains pays (USA, Canada par exemple) le plafond de la garantie pourrait malgré tout être dépassé et exposer le bénéficiaire à supporter l'excédent,
- sur le fait que le montant de 4 575 € couvre les séjours consécutifs inférieurs à 90 jours,
- sur la prise en charge maximum pour les frais dentaires qui est de 150 euros.

Le paiement complémentaire de ces frais est fait par FILASSISTANCE au bénéficiaire, dès son retour en France, sur présentation de toutes pièces justificatives et après recours auprès de la sécurité sociale ou tout autre régime de prévoyance collective.

SERVICE DE TELEASSISTANCE

Si l'un des bénéficiaires le demande, il est possible de mettre à disposition un appareil de téléassistance qui permet de garder un contact privilégié avec l'extérieur. D'un simple geste, l'abonné peut alerter le service d'assistance qui l'identifie même s'il ne peut pas parler. FILASSISTANCE prend en charge la mise en service d'un appareil par foyer, pour tout abonnement d'une durée minimale de 12 mois. Les frais d'abonnement restent à la charge de l'abonné.

ASSISTANCE HOSPITALISATION

Cette prestation est servie si vous (ou votre conjoint) êtes hospitalisé 5 jours ou plus ou immobilisé à domicile 11 jours ou plus, suite à un accident corporel ou une maladie.

AIDE A DOMICILE

FILASSISTANCE met à votre disposition (ou celle de votre conjoint) une aide à domicile et prend en charge sa rémunération jusqu'à 20 heures réparties à raison de 4 heures par jour maximum, pendant les 5 jours ouvrés de l'hospitalisation ou à la sortie de l'hôpital.

Cette prestation s'applique également en cas de séjour en maternité de plus de 8 jours.

En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours, suite à une chimiothérapie, FILASSISTANCE prend en charge une aide ménagère à concurrence de 2 heures par jour pendant les 2 jours qui suivent le retour à domicile, à concurrence de 30 heures par an.

GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS (OU PETITS-ENFANTS) DE MOINS DE 15 ANS ET DES ASCENDANTS

FILASSISTANCE organise et prend en charge la garde des enfants de moins de 15 ans, jusqu'à 30 heures réparties sur 5 jours, si aucun bénéficiaire n'est à même de s'en occuper.

Si vous ou votre conjoint le préférez, notre équipe peut organiser et prendre en charge :

- la venue d'un proche parent résidant en France jusqu'au domicile, ou
- le transfert des enfants chez un proche parent résidant en France en mettant à disposition un titre de transport, ou
- pour les enfants, leur accompagnement à l'école pendant 5 jours (maximum 2 fois par jour, dans un rayon de 25 km).

Ce proche parent devant résider en France Métropolitaine si vous résidez en France Métropolitaine, et dans le département identique au vôtre si vous résidez dans un DOM.

Cette prestation s'applique également en cas de séjour en maternité de plus de 8 jours.

PRESENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

Si vous-même, votre conjoint ou un de vos enfants vivants sous le même toit est hospitalisé à plus de 50 km de votre domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un proche parent en mettant à sa disposition un titre de transport aller/retour. FILASSISTANCE prend en charge sur justificatifs son hébergement sur place pendant 2 nuits à concurrence de 92 €.

Ce proche parent devant résider en France Métropolitaine si vous résidez en France Métropolitaine, et dans le département identique au vôtre si vous résidez dans un DOM.

GARDE DES ANIMAUX FAMILIERS

FILASSISTANCE organise et prend en charge la garde à l'extérieur ou l'entretien à domicile des animaux de compagnie (chiens, chats) sous réserve que ceux-ci aient reçu les vaccinations obligatoires, sur une période de 30 jours maximum et à concurrence de 305 €.

ACHEMINEMENT DES MEDICAMENTS

FILASSISTANCE organise et prend en charge l'acheminement de médicaments à votre domicile, si vous (ou un des membres de votre famille) êtes dans l'incapacité physique de vous déplacer, et s'il s'agit de médicaments indispensables à votre traitement immédiat selon la prescription médicale.

FILASSISTANCE International n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans un rayon maximum de 50 Km autour du domicile du bénéficiaire, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles. Le coût du ou des médicaments est à votre charge (ou à celle de votre conjoint).

ASSISTANCE DECES

Cette prestation est servie en cas de décès d'un bénéficiaire.

INFORMATIONS SUR L'ORGANISATION DES OBSEQUES

FILASSISTANCE met à disposition des bénéficiaires un service « conseils et aides administratives » concernant notamment les obsèques civiles ou religieuses, prélèvement d'organes, chambres funéraires, services de Pompes Funèbres, inhumation, coût des obsèques, etc.

AIDE MENAGERE

FILASSISTANCE met à disposition d'un proche parent une aide ménagère et prend en charge sa rémunération à raison de 2 heures par jour au maximum, réparties pendant les 5 jours ouvrés faisant suite au décès d'un des bénéficiaires, sans pouvoir dépasser 20 heures.

GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS OU PETITS-ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS, DES ASCENDANTS ET GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

Au moment du décès et/ou le jour des obsèques d'un bénéficiaire, FILASSISTANCE organise et prend en charge leur garde dans les mêmes conditions qu'en cas d'hospitalisation.

AVANCE DE FONDS

Si les bénéficiaires sont subitement démunis de moyens financiers, FILASSISTANCE leur procure, à titre d'avance sans intérêts, pour les frais d'inhumation, une somme maximum de 1 050 € TTC (somme remboursable dans un délai d'un mois).

EXCLUSIONS COMMUNES

FILASSISTANCE ne peut intervenir pour l'organisation des premiers secours, qui restent à la charge des autorités locales. Les prestations qui n'auront pas été utilisées par les bénéficiaires lors de la durée de la garantie excluent un remboursement a posteriori ou une indemnité compensatoire.

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation de la part de FILASSISTANCE les conséquences de tentative de suicide du bénéficiaire, des états résultants de l'usage de stupéfiants, lorsqu'ils n'entrent pas dans le cadre d'un traitement médicalement prescrit, d'un état d'alcoolémie supérieur au taux légal de tolérance, de la pratique d'un sport dans le cadre d'une compétition officielle organisée par une fédération sportive et pour laquelle une licence est délivrée, de la participation du bénéficiaire à toutes épreuves, courses, compétitions motorisées ou leurs essais, des infractions à la législation en vigueur en France, commises de façon volontaire (faits intentionnellement causés ou provoqués par le bénéficiaire, la participation à un crime ou un délit, etc.). Sont également exclus le décès par suicide au cours de la 1ère année suivant la date d'effet du présent contrat, les frais de restauration, de taxi ou d'hôtel engagés à l'initiative du bénéficiaire sans l'accord préalable de FILASSISTANCE (sauf en cas de force majeure).

CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

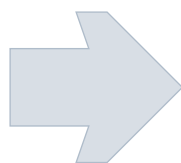
FILASSISTANCE est seule responsable vis-à-vis des bénéficiaires, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance lors d'un sinistre. Ainsi, elle s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues. Toutefois, FILASSISTANCE ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution provoqués par une guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, la réquisition des hommes et matériels par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme commis dans le cadre d'actions concertées, les conflits sociaux, tels que grèves, émeutes, mouvements populaires et lock-out, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat, les interdictions décidées par les autorités légales.

> Le fonds social : une dimension humaine



Cria prévoyance dispose d'un fonds social destiné à vous aider lors d'une situation difficile.

- Des aides individuelles peuvent vous être octroyées, à vous, votre conjoint et vos descendants sous forme de majorations exceptionnelles de prestations.
- Vous pouvez aussi bénéficier de secours exceptionnels si vous ne remplissez pas strictement les conditions prévues contractuellement pour l'accès à une prestation.



Cria prévoyance
Service Social
TSA 91111
92246 MALAKOFF CEDEX
0 811 919 919 (0,05 € TTC/mn)



Votre interlocuteur Cria prévoyance

Ionis Santé Service
Cria prévoyance

TSA 47371
34186 MONTPELLIER Cedex 4
Fax : 04 99 58 55 61

04 99 58 55 90

cria prévoyance
institution de prévoyance



Cria prévoyance - Caisse des Régimes Interentreprises Agricoles-Prévoyance • Institution de Prévoyance n°3 régie par l'article L 727-2 du Code rural et le titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale - SIREN 402 622 773.

Siège social : 139/147 rue Paul Vaillant-Couturier 92240 MALAKOFF. Tél. : 01 46 84 36 36 – Fax : 01 46 84 36 00 – www.aprionis.fr