

Notice d'information

régime frais de santé

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

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

Accord départemental « frais de santé » du 7 octobre 2009

au profit des salariés agricoles non cadres des
exploitations agricoles du Lot

Votre régime Frais de santé

L'accord départemental (ci-après dénommé « l'Accord ») signé le 7 octobre 2009 entre les différents partenaires sociaux a mis en place des garanties conventionnelles Frais de Santé pour l'ensemble des salariés agricoles Non Cadres **du Lot**, ayant au moins six mois d'ancienneté dans :

- les exploitations agricoles proprement dites,
- les coopératives d'utilisation en commun de matériel agricole (C.U.M.A),
- les entreprises de travaux agricoles et ruraux (E.T.A.R).

Cria prévoyance, institution de prévoyance dédiée au secteur agricole, est désignée pour mettre en place dans toutes les entreprises précitées dont le siège se situe dans le département du Lot, et pour être l'assureur et le gestionnaire des garanties.

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	7
Article 6 • Régime optionnel supplémentaire	8
Article 7 • Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail	8
Article 8 • Cotisations	9
Article 9 • Modification de la législation ou de la réglementation	9
Article 10 • Prestations	9
Article 11 • Déclaration de sinistre, délai de règlement	9
Article 12 • Limite des remboursements	9
Article 13 • Cas particulier : frais médicaux engagés à l'étranger	9
Article 14 • Assistance	9
Article 15 • Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail	9
Article 16 • Prescription	9
Article 17 • Clause de subrogation	10
Article 18 • Informatique et Libertés	10
Article 19 • 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 mis en place par ce dernier auprès de Cria prévoyance.

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	Remboursement Régime de base	Remboursement au titre de l'accord y compris les remboursements MSA	Remboursement au titre de l'accord + régime optionnel
Frais Médicaux			
Consultation et visite (médecin ou spécialiste)	70% BR	100% BR	200% BR
Auxiliaires Médicaux, soins infirmiers, massages, pédicure, orthophonistes, orthoptistes	60% BR		100% BR
Sages femmes	70% BR		100% BR
Analyses, examens de laboratoire	60% BR		100% BR
Radiographie, électroradiologie	70% BR		100% BR
Participation forfaitaire sur les actes médicaux lourds (18 €)			Pris en charge
Cures thermales acceptées	65% BR		100% BR
Transport remboursé par la SS	65%		100% BR
Pharmacie	15 à 100%		100% du TFR
Vaccins prescrits		-	40 € par an et par famille
Frais d'optique			
Verres, montures, lentilles remboursés par la SS	65% BR	455% BR+forfait de 7% du PMSS par an et par bénéficiaire	455% BR + forfait de 12,25% du PMSS par an et par bénéficiaire
Frais dentaires			
Soins et honoraires	70% BR		100% BR
Parodontologie		-	3,50% du PMSS par an et par bénéficiaire
Prothèses dentaires remboursées par la SS	70% BR	210% BR+forfait de 10,5% du PMSS par an et par bénéficiaire	210% BR + forfait de 12,25% du PMSS par an et par bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la SS (enfants de moins de 16 ans)	100% BR		250% BR
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	de 65% à 100% BR	100% BR	300% BR
Prothèses auditives	65% BR	455% BR	455% BR + forfait de 7% du PMSS par an et par bénéficiaire
Hospitalisation (hors maternité, séjour en maison de repos et frais de placement en long séjour ou en cure médicale) et psychiatrie			
Secteur conventionné ou non			
Frais de soins et de séjour	de 80% à 100% BR		100% BR
Dépassements d'honoraires		230% BR	430% BR
Chambre particulière (hors maternité)		0,90% du PMSS par jour limité à 30 jours pour	par jour : 1,82% du PMSS pendant 60 jours puis 0,90% du PMSS la neuropsychiatrie
Séjour accompagnant enfant de moins de 12 ans		-	1,82% du PMSS pendant 30 jours
Forfait hospitalier			Pris en charge
Participation forfaitaire sur les actes médicaux lourds			Pris en charge
Maternité			
Frais de soins et de séjour	100% BR	100% BR	300% BR
Dépassement d'honoraires et chambre particulière		Crédit de 33,33% du PMSS par bénéficiaire par maternité	1,82% du PMSS par jour
Actes de prévention (conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable)			
Prise en charge de l'intégralité des 7 actes de prévention			100% BR

BR : Base de Remboursement du régime de base (MSA/SS) - TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (2885 € 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.

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 six mois d'ancienneté dans l'entreprise.**

La condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert l'ancienneté requise.

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,
- Les bûcherons.

3.2 Le salarié ayant une ancienneté inférieure à six 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 six 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.

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. 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 couverture complémentaire obligatoire de remboursement de frais de santé du fait d'une activité exercée simultanément (salariés à employeurs multiples). Le salarié est affilié chez l'employeur auprès duquel il a le plus d'ancienneté.
- Les salariés à temps très partiel n'ayant qu'un seul employeur et apprentis, pour lesquels la cotisation salariale 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 six mois postérieurement à cette mise en place, dans un délai d'un mois suivant l'obtention de l'ancienneté requise (ou suivant la date d'embauche en cas de reprise de l'ancienneté au titre du régime).

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.

Article 4 BÉNÉFICIAIRES

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. Les cotisations liées à cette extension de couverture sont intégralement prises en charge par le participant.

Définition du conjoint :

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint du participant légalement marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation,
- le concubin du participant, sous réserve que le concubin et le participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire et que le domicile fiscal des deux concubins soit identique,
- 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 reconnus ou adoptés du participant ainsi que ceux de son conjoint à condition que le participant ou son conjoint en ait effectivement la garde ou s'il s'agit d'enfants du participant, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire. 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 ;
- s'ils sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi ;
- s'ils sont sous contrat d'apprentissage,
- s'ils se livrent à une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au Revenu de Solidarité Active.

Les conditions d'âge prévues ci-dessus ne sont pas exigées si l'enfant est titulaire de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action Sociale et de la Famille et que son état d'invalidité est survenu avant son 18ème anniversaire.

Les enfants ayant au moins 18 ans qui ne peuvent pas être considérés à charge au sens du régime pourront souscrire individuellement un contrat leur offrant des garanties frais de santé.

Article 5 PRISE D'EFFET ET CESSATION DES GARANTIES

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 au cours duquel le salarié atteint l'ancienneté de 6 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 facultative.

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 garanti. En cas de cessation du contrat de travail, à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail,
- à la fin du mois 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 15.

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.

Article 6 REGIME OPTIONNEL SUPPLEMENTAIRE

Le participant peut, moyennant le paiement de cotisations intégralement à sa charge, améliorer les garanties en choisissant le régime optionnel supplémentaire décrit au titre « vos garanties frais de santé », selon les conditions définies ci-après :

sant le régime optionnel supplémentaire décrit au titre « vos garanties frais de santé », selon les conditions définies ci-après :

Conditions et date d'effet de l'adhésion au régime optionnel supplémentaire :

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

- bénéficiaire du régime obligatoire,
- ayant une ancienneté inférieure à six mois et ayant demandé à être affilié individuellement au régime obligatoire, sous réserve qu'il adresse à Cria prévoyance le bulletin d'adhésion facultative dûment complété et signé.

Cette adhésion prend effet :

- au 1er jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion facultative, si la demande intervient dans un délai de 2 mois suivant l'affiliation du participant au régime obligatoire,
- à défaut, passé ce délai de 2 mois, au 1er janvier de chaque année.

Bénéficiaires du régime optionnel supplémentaire :

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.

Cessation des garanties du régime optionnel supplémentaire : Pour le participant et les membres de la famille, outre les cas mentionnés à l'article 5, les garanties de ce régime 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.

Article 7 MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Le bénéfice des garanties est maintenu au profit des participants dont le contrat de travail est suspendu pour la période 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), avec paiement des cotisations par l'Adhérent et le participant. Le cas échéant, les garanties pour l'ensemble de sa famille ainsi que les garanties optionnelles restent maintenues pendant la période considérée moyennant le paiement des cotisations par le participant.

Dans les autres cas de **suspension du contrat de travail**, la garantie peut être maintenue à la demande du participant, moyennant le versement de la totalité des cotisations correspondantes par le participant à Cria prévoyance.

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, 7 et 15, 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 MODIFICATION DE LA LEGISLATION OU DE LA REGLEMENTATION DE LA SECURITE SOCIALE

En cas de changement de la législation ou de la réglementation de la Sécurité sociale, les garanties et les taux de cotisation peuvent être révisés. Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions, le montant des prestations et leurs modalités de calcul demeureront inchangés.

Article 10 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.

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

Article 11 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 après réception des pièces justificatives nécessaires au règlement dans les autres cas de remboursement dits « manuels ».

Article 12 LIMITE DES REMBOURSEMENTS

Le total des remboursements de Cria prévoyance, du régime de base de Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réelles engagées. En cas d'intervention en secteur non conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par le régime de base pour les actes effectués en secteur conventionné, la prestation due par Cria prévoyance ne pourra excéder celle qui aurait été versée si la dépense avait été engagée en secteur conventionné.

Article 13 CAS PARTICULIER : FRAIS MEDICAUX ENGAGES A L'ETRANGER

Cria prévoyance intervient dès lors que les frais engagés hors de France sont pris en charge par le régime de base.

Article 14 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.

Article 15 MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

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 ou de préretraite,
- 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 prises en charge 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 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 Cria 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).

Article 16 PRESCRIPTION

Les actions dérivant des opérations mentionnées dans cette notice sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de

▶ 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 Cria prévoyance :

Ionis Santé Service
Cria prévoyance
TSA 47371
34186 MONTPELLIER CEDEX 4
Tél 04 99 58 55 90
Fax 04 99 58 55 61
www.cria.apronis.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, Cria 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 Cria 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 Cria prévoyance, retournez l'ancienne accompagnée d'un nouveau bulletin d'affiliation à Cria prévoyance.

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 17 CLAUSE DE SUBROGATION

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'Ins-titution 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 18 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 ».

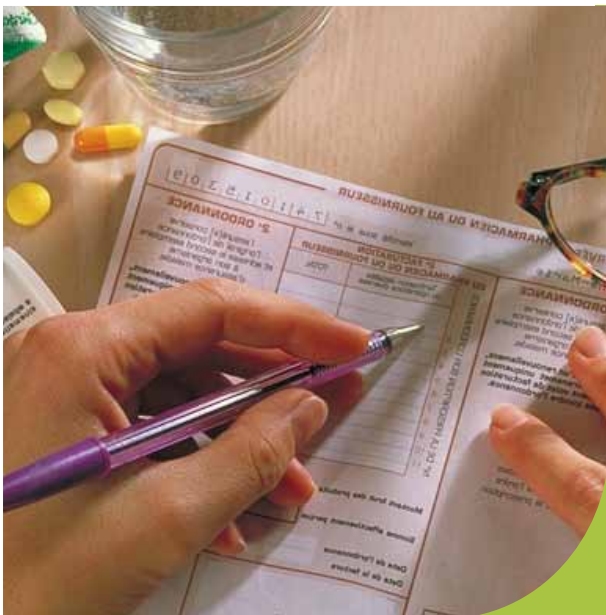
Elles sont exclusivement communiquées aux services de Cria prévoyance, et le cas échéant, à ses mandataires, ses réassureurs ou des organismes professionnels concernés par le régime.

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 Cria prévoyance.

Article 19 RECLAMATIONS

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



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 Cria 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 Cria 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 Cria 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.

Tiers payant optique

Pour bénéficier de ce service, vous devez demander une prise en charge de vos frais optique auprès de Cria 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 Cria prévoyance.

En cas d'urgence, précisez à l'établissement hospitalier les coordonnées de Cria 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 ?

FILASSISTANCE INTERNATIONAL (Société régie par le Code des Assurances dont le siège social est au 108 bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex) est accessible du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (et 24 h sur 24, 7 jours sur 7 en cas de nécessité urgente) et délivre les prestations en France métropolitaine, dans la Principauté de Monaco et en Corse, 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 maladie.

Pour bénéficier des prestations Assistance, il est indispensable de contacter FILASSISTANCE INTERNATIONAL préalablement à toute intervention dans les 5 jours suivant l'événement en composant le numéro de téléphone et en rappelant le code d'accès qui vous sont communiqués ci-contre.

Les informations transmises par FILASSISTANCE INTERNATIONAL sont des informations d'ordre général et 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 INTERNATIONAL 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 INTERNATIONAL. Un certificat médical doit être adressé avant la mise en œuvre des prestations.

► Informations et conseils par téléphone

Informations essentielles

FILASSISTANCE INTERNATIONAL apporte aide et 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 médico-sociales** : réponse aux questions d'ordre médical ou diététique, recherche de centres de cures.
- **Informations diverses et dépannage** : communications des numéros de téléphone de gares SNCF, aéroports, gendarmeries, entreprises de dépannage...

Ecoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique

Sur simple appel d'un bénéficiaire, FILASSISTANCE INTERNATIONAL peut le mettre en relation avec sa plate-forme d'écoute médico-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales... destinée à lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers des professionnels assurant la prise en charge psychologique.

Aide à l'analyse des devis

Accès personnel sécurisé au site Internet : <https://www.carresbleus.fr/>

FILASSISTANCE INTERNATIONAL vous (ou tout autre bénéficiaire) met en relation du lundi au samedi de 8 heures à 20 heures avec la plate-forme Carrés Bleus pour les demandes d'analyse de devis dentaires et orthodontie, optiques et de prothèses.

Carrés Bleus vous informe (ou tout autre bénéficiaire) 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.

Service contact

Si l'un des bénéficiaires le demande, FILASSISTANCE INTERNATIONAL peut 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 INTERNATIONAL 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.

► Prestations en cas d'absence du médecin traitant

Recherche d'un médecin

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, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, FILASSISTANCE INTERNATIONAL 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 (en France Métropolitaine et Principauté de Monaco). De plus, FILASSISTANCE INTERNATIONAL peut intervenir pour rechercher une infirmière ou un intervenant paramédical. Les frais de visite ou autres restent à la charge du bénéficiaire.

en cas d'immobilisation à domicile d'un enfant de moins de 15 ans accidenté ou malade (Maladie soudaine, imprévisible et aigüe non chronique)

Garde d'enfants de moins de 15 ans • Pour une immobilisation > à 2 jours

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 INTERNATIONAL 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 2 interventions par année civile pour chaque enfant assuré. Si vous ou votre conjoint le préférez, FILASSISTANCE INTERNATIONAL peut organiser et prendre en charge la venue d'un proche parent résidant en France jusqu'au domicile en mettant à disposition un titre de transport.

Ecole à domicile • Pour une immobilisation > à 15 jours

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 INTERNATIONAL fournit une aide pédagogique à partir du 16ème jour. FILASSISTANCE INTERNATIONAL 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 de l'adhésion). 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.

en cas d'hospitalisation > à 4 jours, en cas d'immobilisation > à 10 jours au domicile du participant ou de son conjoint (suite à un accident corporel ou une maladie soudaine, imprévisible et aigüe (non chronique)

Aide à domicile

FILASSISTANCE INTERNATIONAL 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 durant l'hospitalisation ou à la sortie de l'hôpital. Cette prestation s'applique également en cas de séjour en maternité supérieure à 8 jours.

En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours, suite à une chimiothérapie, FILASSISTANCE INTERNATIONAL prend en charge une aide ménagère à concurrence de 2 heures 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 INTERNATIONAL 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, FILASSISTANCE INTERNATIONAL 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).
- Cette prestation s'applique également en cas de séjour en maternité de plus de 8 jours.

Présence d'un proche au chevet

Si vous ou votre conjoint êtes hospitalisé à plus de 50 km de votre domicile, FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise et prend en charge le transport d'un proche parent, résidant en France Métropolitaine, en mettant à sa disposition un titre de transport aller/retour. FILASSISTANCE INTERNATIONAL prend en charge sur justificatifs son hébergement sur place pendant 2 nuits, à concurrence de 92 euros.

Garde des animaux familiers

FILASSISTANCE INTERNATIONAL 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 euros.

Acheminement des médicaments

Si vous ou votre conjoint êtes immobilisé à domicile plus de 10 jours, FILASSISTANCE INTERNATIONAL envoie l'un de ses correspondants pour chercher les médicaments prescrits par votre médecin lors de sa visite (le coût des médicaments n'est pas à la charge de FILASSISTANCE INTERNATIONAL).

en cas de décès

Informations sur l'organisation des obsèques

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

Aide ménagère

FILASSISTANCE INTERNATIONAL met à la disposition d'un proche parent une aide ménagère et prend en charge sa rémunération à raison de 2 heures par jour maximum, réparties pendant 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 INTERNATIONAL organise et prend en charge la garde des enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans, des ascendants et la garde des animaux de compagnie, dans les mêmes conditions qu'en cas d'hospitalisation.

Avance de fonds

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

en cas d'accident ou de maladie à l'étranger

Remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation et chirurgicaux à l'étranger

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 INTERNATIONAL rembourse le bénéficiaire à concurrence de 4 575 euros, sous déduction d'une franchise de 30 euros.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL 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 euros 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 INTERNATIONAL au bénéficiaire, dès son retour en France, sur présentation de toutes pièces justificatives et après recours auprès du régime de base ou tout autre régime de prévoyance collective.

exclusions

Exclusions communes

FILASSISTANCE INTERNATIONAL 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 INTERNATIONAL les conséquences de tentative de suicide du bénéficiaire, des états résultant 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 première année suivant la date d'effet de l'adhésion, les frais de restauration, de taxi ou d'hôtel engagés à l'initiative du bénéficiaire sans l'accord préalable de FILASSISTANCE INTERNATIONAL (sauf en cas de force majeure).

Circonstances exceptionnelles

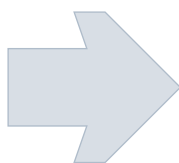
FILASSISTANCE INTERNATIONAL est seule responsable vis-à-vis des bénéficiaires, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance lors d'un sinistre. Ainsi, elle s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues. **Toutefois, FILASSISTANCE INTERNATIONAL 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 régime, 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