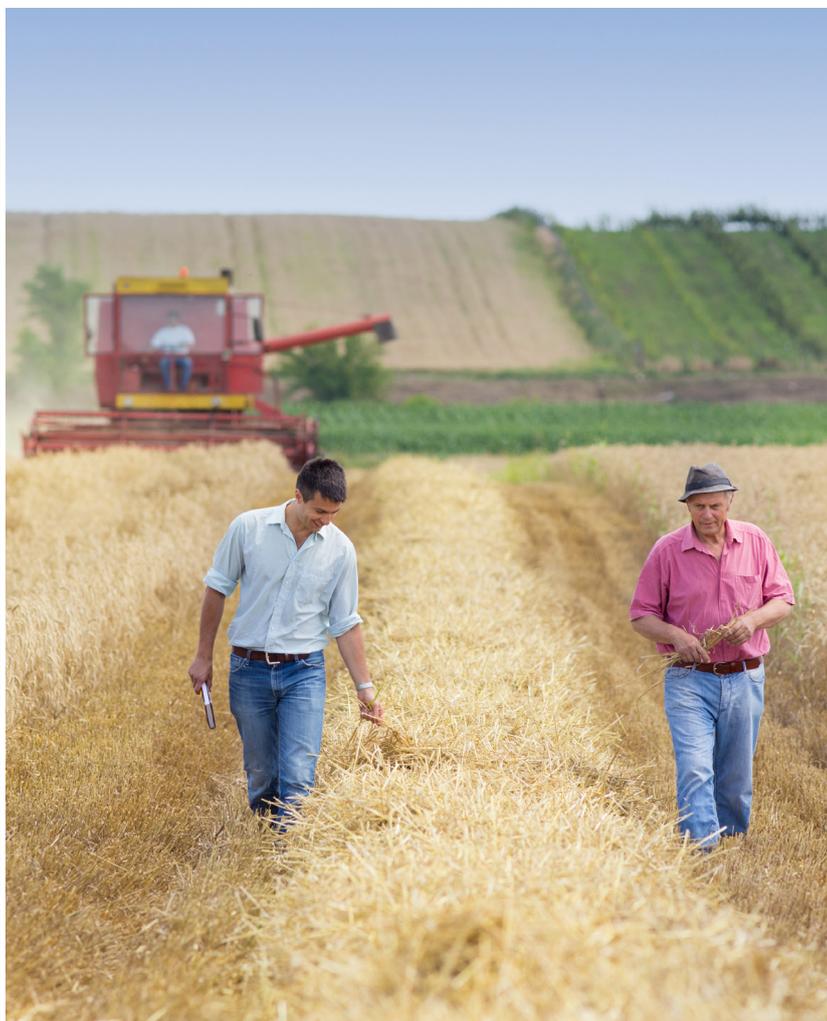


RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Production agricole



CONDITIONS GÉNÉRALES

I SOMMAIRE

Préambule	3
TITRE 1 Dispositions générales du contrat	4
Article 1.1 Objet du contrat	4
Article 1.2 Composition du contrat	4
Article 1.3 Organismes assureurs	4
Article 1.4 Délégation de gestion	4
Article 1.5 Réseau de soins	4
Article 1.6 Prescription	4
Article 1.7 Recours contre tiers responsable	5
Article 1.8 Informatique et Libertés	5
Article 1.9 Réclamations - médiation	5
Article 1.10 Fausse déclaration	5
Article 1.11 Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	5
Article 1.12 Obligations de l'institution	6
Article 1.13 Obligations de l'entreprise adhérente	6
Article 1.14 Obligations du participant	6
Article 1.15 Loi applicable et juridiction	6
TITRE 2 Exécution du contrat	7
Article 2.1 Adhésion au contrat	7
Article 2.2 Prise d'effet, durée et résiliation du contrat	7
Article 2.3 Modification du niveau de garanties du contrat ou de la structure tarifaire de la cotisation par l'entreprise	7
Article 2.4 Révision du contrat	8
Article 2.5 Affiliation et admission dans l'assurance	8
Article 2.6 Dispenses d'affiliation	9
Article 2.7 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail	9
Article 2.8 Cessation de l'affiliation	10

TITRE 3	Cotisations	11
Article 3.1	Structure tarifaire	11
Article 3.2	Montant des cotisations	11
Article 3.3	Évolution des cotisations	11
Article 3.4	Modalités de paiement des cotisations	11
Article 3.5	Défaut de paiement des cotisations	12
TITRE 4	Garantie frais de santé	13
Article 4.1	Entrée en vigueur des garanties	13
Article 4.2	Montant des garanties	13
Article 4.3	Limites et exclusions de garanties	13
Article 4.4	Contrôle des prestations	13
Article 4.5	Étendue territoriale des garanties	14
Article 4.6	Cessation des garanties	14
Article 4.7	Portabilité des droits	14
Article 4.8	Maintien des garanties sous forme de contrat individuel	15
TITRE 5	Définitions	16

I PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux signataires de l'Accord collectif national relatif à la mise en place des garanties complémentaires santé dans la production agricole ont instauré, le 10 juin 2008, une couverture minimale afin que tous les salariés des entreprises entrant dans le champ d'application dudit Accord bénéficient d'un **régime frais de santé**.

L'Accord précité a fait l'objet de révisions par avenants n°1 du 6 janvier 2009, n°2 du 26 juin 2009, n°3 du 9 juillet 2013, n°4 du 15 septembre 2015 et n°5 du 28 septembre 2016.

AGRI PREVOYANCE est référencé comme organisme assureur de ces garanties.

L'Accord collectif national définit ainsi un socle de garanties conventionnelles obligatoires qui a vocation à s'appliquer à l'ensemble des salariés non cadres de la production agricole.

Au-delà de ce socle, les entreprises ou les partenaires sociaux locaux peuvent mettre en place des garanties définies nationalement ou localement.

Certains partenaires sociaux locaux pourront maintenir les accords existants sans entrer dans la mutualisation nationale, dès lors que les régimes demeurent supérieurs.

Les présentes Conditions Générales et leur Annexe qui les complète et le cas échéant y déroge, définissent les couvertures en matière de complémentaire frais de santé des salariés non cadres dans les secteurs de la production agricole, tant au niveau national, qu'aux autres niveaux d'un champ professionnel et/ou territorial plus restreint.

Les Conditions Générales exposent les dispositions communes à l'ensemble des contrats, chaque Annexe précisant le niveau du socle obligatoire conventionnel et, le cas échéant, des différentes garanties qui peuvent être choisies en complément par les partenaires sociaux locaux ou l'entreprise, ou à défaut souscrites par les salariés.

Article 1.1 Objet du contrat

Le présent contrat est un contrat collectif ayant pour objet de garantir, à l'ensemble des salariés appartenant au **groupe assuré** tel que défini au **Bulletin d'adhésion**, le remboursement total ou partiel des dépenses de santé, en complétant acte par acte les prestations versées par le régime de base obligatoire, **dans la limite des frais réellement engagés**.

L'entreprise qui adhère au présent contrat est dénommée ci-après « entreprise adhérente » et le salarié affilié est appelé « participant ».

Article 1.2 Composition du contrat

Le contrat se compose de 4 parties indissociables :

- les présentes **Conditions Générales** définissant l'ensemble des dispositions communes du contrat et de la garantie santé, ainsi que les règles de souscription et de gestion ;
- l'**Annexe aux Conditions Générales** précisant le champ d'application de l'accord concerné, le groupe assuré, ainsi que les niveaux des garanties du socle obligatoire conventionnel et, le cas échéant, des garanties optionnelles choisies en complément ;
- le **Bulletin d'adhésion signé par l'entreprise**, dont les dispositions complètent les Conditions Générales, valant engagement de l'entreprise de faire bénéficier l'ensemble des salariés appartenant au groupe assuré des garanties du contrat ;
- le **Certificat d'adhésion valant Conditions Particulières** signé par l'Institution et confirmant la prise en compte de l'adhésion de l'entreprise.

Article 1.3 Organismes assureurs

La garantie « Santé » du contrat est assurée par :

AGRI PREVOYANCE, Institution de prévoyance, régie par les dispositions de l'article L.727-2 du code rural et de la pêche maritime et du livre IX du code de la Sécurité sociale, (21, rue de la Bienfaisance - 75382 PARIS cedex 08), ci-après dénommée « l'Institution ».

Le contrat est régi par le code de la Sécurité sociale.

AGRI PREVOYANCE est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe 61 rue Taitbout, 75009 PARIS.

La garantie assistance est assurée par un organisme assureur régi par le Code des assurances dont le nom et les coordonnées figurent à l'**Annexe aux Conditions Générales**.

Article 1.4 Délégation de gestion

La gestion administrative des affiliations, du recouvrement des cotisations de la garantie obligatoire et des garanties optionnelles pour les entreprises de la métropole sont déléguées à la caisse de Mutualité Sociale Agricole (MSA) dont relèvent les entreprises adhérentes et les participants.

La gestion du paiement de toutes les prestations afférentes au présent contrat est déléguée à la Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricole désignée au certificat d'adhésion remis par l'Institution.

Article 1.5 Réseau de soins

Les salariés couverts ainsi que leurs éventuels ayants droit bénéficient des services proposés par le réseau de soins défini à l'**Annexe aux Conditions Générales**.

Article 1.6 Prescription

Conformément à l'article L932-13 du code de la Sécurité sociale, toute action relative aux garanties du présent contrat est prescrite, à compter de l'événement qui y donne naissance :

- par 2 ans en ce qui concerne l'appel de cotisations ;
- par 2 ans en ce qui concerne le paiement des prestations de la garantie frais de santé.

Toutefois ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'institution en a eu connaissance ;
- 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Quand l'action de l'entreprise adhérente, du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'entreprise adhérente, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

En application de l'article L. 932-13-3 du code de la Sécurité sociale, la prescription est interrompue lorsqu'une des causes ordinaires énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil s'applique.

Il s'agit notamment de :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du code civil) ;
- une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de

saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du code civil) ;

- un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du code civil).

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestation ;
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par l'Institution à l'entreprise adhérente en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant à l'Institution en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Article 1.7 Recours contre tiers responsable

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, les organismes assureurs sont subrogés jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions du participant ou de ses ayants droit, contre les tiers responsables, conformément à l'article L. 931-11 du Code de la Sécurité sociale.

En application de ce texte, lorsque le participant est victime d'un accident (accident de la circulation, accident domestique, agression...), il doit, sous peine de perdre ses droits aux garanties, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident le nom de l'Institution en tant que tiers payeur.

Article 1.8 Informatique et Libertés

Les informations concernant les participants et leurs ayants droit sont recueillies et destinées aux services de l'Institution, à ses mandataires dont la MSA, intermédiaire(s), réassureur(s) et coassureurs ainsi qu'aux organismes professionnels intervenant au contrat.

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, les intéressés peuvent exercer, en justifiant de leur identité, leur droit d'accès et de rectification aux données les concernant en adressant un courrier à AGRI Prévoyance – Correspondant Informatiques et Libertés, 21 rue de la Bienfaisance 75382 PARIS Cedex 08 ou par courriel à l'adresse suivante « cnil.blf@groupagricom.com ».

Article 1.9 Réclamations - Médiation

En cas de désaccord persistant concernant l'application du présent contrat et en dehors de toute demande de renseignements ou d'avis, il est possible d'adresser une réclamation :

- soit par courrier à AGRI Prévoyance, service Réclamations, 21 rue de la Bienfaisance 75382 Paris cedex 08 ;

- soit par courriel sur le site internet d'AGRICA, (www.groupagricom.com) en cliquant sur la rubrique « Une question, contactez-nous » puis, en précisant le sujet de votre demande « Faire une réclamation ».

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

- le code client de l'entreprise ou du participant ;
- le domaine concerné (santé).

Dès lors, l'Institution adresse un accusé de réception dans un délai de 10 jours puis traite la réclamation dans un délai maximal de 2 mois.

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

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

Article 1.10 Fausse déclaration

Les déclarations faites, tant par l'entreprise adhérente que par le participant, servent de base aux garanties.

L'institution peut opérer une vérification des données ainsi communiquées.

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

Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

Article 1.11 Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Les opérations du présent contrat s'inscrivent dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme conformément aux articles L561-1 et suivants du code monétaire et financier. Dans ce cadre, l'Institution se réserve le droit de demander tout justificatif relatif à l'identification de l'entreprise ou à l'origine des fonds qui lui sont versés. L'Institution procède à nouveau à l'identification de l'entreprise lorsqu'elle a de bonnes raisons de penser que l'identité et les éléments d'identification précédemment obtenus ne sont plus exacts ou pertinents, conformément à l'article R561-11 du Code monétaire et financier.

L'entreprise adhérente doit informer l'Institution en cas d'évolution de sa structure juridique, en cas de changement de dirigeant ou en cas de survenance de tout autre événement de nature à faire évoluer son identification.

Article 1.12 Obligations de l'institution

L'Institution s'engage à établir une Notice d'information détaillée qui définit notamment les garanties prévues par le présent contrat et les modalités d'application.

Article 1.13 Obligations de l'entreprise adhérente

1.13.1 À l'égard du participant

L'entreprise adhérente doit conformément aux dispositions de l'article L. 932-6 du code de la Sécurité sociale :

- remettre à chaque participant la Notice d'information établie par l'Institution et prévue à l'article précédent ;
- avertir par écrit les participants des modifications apportées à leurs droits et obligations suite à une révision du régime avant la prise d'effet de la modification ;
- prévenir les participants lorsqu'ils sortent du groupe assuré des conditions dans lesquelles ils peuvent bénéficier de la portabilité et du maintien des garanties sous forme de contrat individuel prévus aux articles 4-7 et 4-8 des présentes Conditions Générales.

La preuve de la remise au participant de la notice d'information et de toutes modifications contractuelles incombe à l'entreprise adhérente.

1.13.2 À l'égard de l'Institution

L'entreprise adhérente s'oblige :

- à affilier l'ensemble des participants appartenant au groupe assuré ;
- à verser les cotisations selon les modalités définies ci-après ;
- à répondre aux questions de l'Institution ou de la caisse de MSA relatives à l'application du contrat ;
- à fournir à l'Institution les éléments nécessaires à la gestion du présent contrat, notamment les entrées et les sorties du personnel.

L'entreprise adhérente devra respecter le dispositif légal relatif à la Déclaration Sociale Nominative (DSN). Pour la gestion du présent contrat, l'entreprise adhérente s'engage, notamment, à compléter la dite déclaration des données de paramétrage transmises par la caisse de MSA

Article 1.14 Obligations du participant

Chaque participant s'oblige :

- à accepter le précompte des cotisations et, le cas échéant, le règlement de l'extension famille et/ou des garanties optionnelles ;
- à fournir à l'Institution et à la caisse de MSA les renseignements nécessaires à l'établissement de ses droits et obligations, soit par l'intermédiaire de l'entreprise adhérente, soit directement (notamment en cas de maintien des garanties sous forme de contrat individuel dans les conditions prévues à l'article 4-8) ;
- à transmettre à la caisse de MSA le bulletin d'affiliation dûment complété et signé, accompagné des pièces justificatives.

Article 1.15 Loi applicable et juridiction

Le présent contrat ainsi que les relations précontractuelles sont régies par la loi française à laquelle les parties déclarent se soumettre. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

La langue française est utilisée pour le présent contrat

Article 2.1 Adhésion au contrat

L'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application défini à l'Annexe aux Conditions Générales ont la faculté d'adhérer au présent contrat.

L'adhésion de l'entreprise au présent contrat est formalisée par la signature d'un Bulletin d'adhésion.

En fonction de ce que prévoit l'Accord collectif dont elle relève, l'entreprise détermine :

- le niveau de garanties en adhérant au seul socle obligatoire conventionnel ou en souscrivant une des garanties optionnelles (telles que définies à l'Annexe aux Conditions Générales).

Lorsque l'entreprise n'adhère pas au niveau de garanties le plus élevé qui lui est proposé, le participant a la possibilité d'opter, à titre facultatif, pour un niveau supérieur via son Bulletin d'affiliation.

- la structure tarifaire de la cotisation et choisit, le cas échéant, de couvrir les ayants droit du participant à titre obligatoire, ou permet, à titre facultatif, au participant d'étendre les garanties à ses ayants droit. A défaut de choix de structure tarifaire formalisée par l'entreprise au Bulletin d'adhésion, ce dernier précise la structure qui sera appliquée par défaut.

Le Bulletin d'adhésion doit être signé et retourné par l'entreprise à l'Institution.

Un certificat d'adhésion valant Conditions Particulières, signé par l'Institution, est adressé à l'entreprise adhérente. Ce certificat confirme la prise en compte de l'adhésion de l'entreprise, la date d'effet de l'adhésion, le niveau des garanties ainsi que la structure tarifaire choisis.

Article 2.2 Prise d'effet, Durée et Résiliation du contrat

2.2.1 Prise d'effet

Le présent contrat prend effet à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion.

Toutefois, d'un commun accord, la date de prise d'effet peut être fixée à une date ultérieure, le 1er jour d'un mois civil. Cette date est alors précisée sur le Bulletin d'adhésion.

2.2.2 Durée

Le présent contrat expire au 31 décembre de l'année en cours et se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année civile.

2.2.3 Résiliation

Le présent contrat peut être résilié par l'entreprise adhérente ou par l'Institution au 31 décembre de chaque année civile.

La résiliation de l'adhésion au présent contrat par l'entreprise s'effectue par l'envoi à l'Institution d'une lettre recommandée au moins 2 mois avant la date d'échéance, le cachet de la poste faisant foi du respect du délai de préavis.

La résiliation du contrat par l'Institution s'effectue dans les mêmes conditions.

En tout état de cause, la résiliation du présent contrat emporte la résiliation des garanties du socle obligatoire conventionnel, des garanties optionnelles et/ou de l'extension des garanties éventuellement souscrites par l'entreprise ou le participant.

Article 2.3 Modification du niveau de garanties du contrat ou de la structure tarifaire de la cotisation par l'entreprise

2.3.1 Modification du niveau de garanties du contrat

Si l'Annexe aux présentes Conditions Générales prévoit plusieurs niveaux de garanties, l'entreprise adhérente a la possibilité de modifier son niveau des garanties choisi initialement.

Tout changement de niveau de garanties est formalisé par la signature d'un Bulletin de modification devant être adressé à l'Institution par l'entreprise au plus tard le 31 octobre, et prend alors effet le 1er janvier de l'année suivante.

Dans ce cas, les salariés doivent compléter un nouveau Bulletin d'affiliation afin de formaliser leur choix de niveau de garanties en fonction de la nouvelle formule choisie par leur entreprise.

En cas de modification du niveau de garanties, toute nouvelle demande de modification des garanties, à la hausse comme à la baisse, ne peut intervenir au plus tôt qu'à l'expiration d'un délai de 2 ans.

En tout état de cause, la modification à la baisse ne pourra jamais être inférieure à celle prévue par le socle conventionnel obligatoire de l'accord dont relève l'entreprise.

2.3.2 Modification de la structure tarifaire

Si l'Annexe aux présentes Conditions Générales prévoit plusieurs structures tarifaires de la cotisation, l'entreprise adhérente a la possibilité de modifier sa structure tarifaire.

Tout changement de structure tarifaire de la cotisation est formalisé par la signature d'un Bulletin de modification devant être adressé à l'Institution par l'entreprise au plus tard le 31 octobre, et prend alors effet le 1er janvier de l'année suivante.

Dans ce cas, les salariés doivent compléter un nouveau Bulletin d'affiliation afin de formaliser leur choix ou non de couverture de leurs ayants droit en fonction de la nouvelle structure choisie par leur entreprise.

Article 2.4 Révision du contrat

Les dispositions du présent contrat sont établies en fonction de la législation et de la réglementation de la Sécurité sociale, notamment des bases et taux de remboursement des régimes sociaux obligatoires en vigueur à la date d'effet du contrat.

En cas de changement de la législation ou de la réglementation, l'Institution se réserve le droit de modifier les cotisations et les garanties du présent contrat.

L'entreprise adhérente peut refuser ces modifications dans le mois qui suit la notification des nouvelles conditions et demander la résiliation du présent contrat, par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 2.5 Affiliation et admission dans l'assurance

L'affiliation des participants et de leurs ayants droit s'effectue sans questionnaire et sans examen médical préalable, quel que soit le niveau de garanties choisi par l'entreprise adhérente.

2.5.1 Affiliation obligatoire

Doivent être obligatoirement affiliés aux garanties souscrites par l'entreprise les salariés présents et futurs appartenant au groupe assuré tel que défini au Bulletin d'Adhésion.

1 - Affiliation des participants

L'affiliation et l'admission dans l'assurance du participant prennent effet :

- à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat, lorsque l'intéressé est inscrit sur les registres du personnel et qu'il fait partie du groupe assuré ;

- à compter de la date à laquelle il entre dans le groupe assuré, lorsqu'il est engagé postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat.

2 - Affiliation des ayants droit

Si l'entreprise adhérente a choisi une structure tarifaire avec affiliation obligatoire des ayants droit, l'ensemble des ayants droit du participant (tels que définis au Titre 5 des présentes Conditions Générales) est obligatoirement affilié au présent contrat.

L'affiliation et l'admission dans l'assurance des ayants droit prennent effet :

- à la date de prise d'effet de l'affiliation du participant ;
- à la date de survenance de l'événement engendrant un changement de la situation familiale du participant tel que défini à l'Annexe 1, dûment déclaré à la caisse de MSA dans le délai de 30 jours suivant l'événement.

2.5.2 Affiliation facultative

1 - Affiliation aux garanties optionnelles

Si l'entreprise adhérente n'a pas choisi le niveau de garantie le plus élevé à titre obligatoire, le participant peut choisir d'améliorer son niveau de couverture en demandant son affiliation à une garantie optionnelle. Dans ce cas, la garantie optionnelle qu'il a choisie s'applique également, le cas échéant, à ses ayants droit affiliés.

L'affiliation à la garantie optionnelle prend effet :

- à la date de prise d'effet de son affiliation au présent contrat si la demande se fait simultanément ;
- au 1er jour du mois civil qui suit sa demande, si elle est réalisée à une date ultérieure.

La garantie optionnelle est accordée moyennant des cotisations additionnelles entièrement à la charge du participant et prélevées directement sur son compte bancaire.

Le participant a la faculté de dénoncer la garantie optionnelle annuellement, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à la caisse de MSA, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La dénonciation prend alors effet à compter du 1er janvier de l'année suivante.

En cas de dénonciation, toute nouvelle demande d'affiliation à une garantie optionnelle par le participant ne peut intervenir au plus tôt qu'à l'expiration d'un délai de 2 ans.

2 - Affiliation des ayants droit

Si l'entreprise adhérente a choisi une structure tarifaire avec affiliation facultative des ayants droit, le participant peut demander à la caisse de MSA l'extension de ses garanties frais de santé au bénéfice de ses ayants droit via son **Bulletin d'affiliation**.

L'extension des garanties au profit des ayants droit peut être demandée par le participant :

- à la date de prise d'effet de l'affiliation du participant au présent contrat.

Les ayants droit sont alors affiliés et admis dans l'assurance en même temps que le participant ;

- en cours d'année, dans les 30 jours qui suivent le changement de situation familiale du participant tel que défini au Titre 5, ou en l'absence de changement, sur demande du participant.

Les ayants droit sont alors affiliés et admis dans l'assurance à compter de la date de survenance de l'événement, ou en l'absence d'événement, au 1er jour du mois suivant la demande du participant.

Les garanties sont accordées aux ayants droit, moyennant le versement d'une cotisation par le participant telle que définie à l'article 3-2 des présentes Conditions Générales.

Le participant a la faculté de dénoncer l'extension des garanties au profit des ayants droit :

- annuellement, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à la caisse de MSA, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La dénonciation prend alors effet à compter du 1er janvier de l'année suivante ;
- en cours d'année, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à la caisse de MSA, dans les 30 jours qui suivent l'événement, en cas de changement de sa situation familiale. La dénonciation prend alors effet à compter du 1er jour du mois civil qui suit l'événement.

En cas de dénonciation, toute nouvelle demande d'extension des garanties aux ayants droit du participant ne peut intervenir, au plus tôt, qu'à l'expiration d'un délai de 2 ans.

Article 2.6 Dispenses d'affiliation

Par dérogation au principe d'affiliation obligatoire, les participants se trouvant dans l'une des situations prévues par l'Accord collectif dont relève l'entreprise pourront être dispensés d'affiliation au présent contrat.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que **sur demande expresse du participant concerné auprès de l'entreprise adhérente qui doit en informer la caisse de MSA. Cette demande prendra effet à compter du 1er jour du mois qui suit sa réception par la caisse de MSA.** Le participant devra produire chaque année à l'entreprise adhérente, les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

Préalablement à la demande de dispense, l'employeur doit informer son salarié des conséquences de son choix d'être dispensé. Dès lors, l'employeur doit indiquer au salarié qu'il n'est pas redevable de la cotisation santé et qu'il ne bénéficiera pas des prestations ni du droit à portabilité. Le salarié doit indiquer dans sa demande de dispense qu'il reconnaît avoir été informé en bonne et due forme.

Le participant qui ne remplit plus les conditions requises à la dispense d'affiliation doit en informer l'entreprise adhérente. Il doit alors obligatoirement être affilié au présent contrat à compter du

1er jour du mois civil suivant.

L'entreprise adhérente informe annuellement la caisse de MSA de la situation de dispense du participant. A défaut, le participant est automatiquement affilié à la garantie frais de santé.

Dans les cas de dispense d'affiliation précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le participant ni par l'entreprise adhérente.

Cas particulier du salarié à employeurs multiples : le participant qui travaille régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs cotise au présent régime chez l'employeur auprès duquel il acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier des garanties, et demande à être dispensé auprès des autres.

Article 2.7 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à 1 mois civil d'arrêt complet, l'affiliation du participant pourra être maintenue dans les cas suivants :

1 - En cas de suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à 1 mois civil, avec un maintien de salaire total ou partiel ou versement d'indemnités journalières complémentaires

Les garanties sont maintenues au participant, pour tout mois civil complet d'absence, à compter du 1er jour du mois qui suit l'arrêt total et continu de travail pour cause de maladie ou d'accident d'origine professionnelle ou non, ou de maternité :

- sans versement de cotisations pour les garanties obligatoires ;
- sur les mêmes bases que celles prévues pour les participants exerçant leur activité professionnelle s'agissant des garanties souscrites à titre facultatif par le participant : paiement de l'intégralité de la cotisation additionnelle par le salarié.

Ce maintien s'effectue, tant que dure le maintien de salaire total ou partiel ainsi que le versement d'indemnités journalières complémentaires.

2 - En cas de suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à 1 mois civil, sans versement de salaire total ou partiel par l'entreprise adhérente ni versement d'indemnités journalières complémentaires

En l'absence de versement de salaire par l'entreprise adhérente, s'agissant des participants en congé prévu par les dispositions légales, notamment l'un des cas ci-dessous :

- congé sans solde,
- congé sabbatique,
- congé parental d'éducation à plein temps,
- congé pour création d'entreprise,
- congé de solidarité internationale,
- congé de solidarité familiale,
- congé de formation,
- congé d'enseignement ou de recherche,

les garanties obligatoires sont maintenues au participant :

- pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat, sans versement de cotisations obligatoires (les garanties éventuellement souscrites à titre facultatif par le participant restant dues) ;
- après cette période, moyennant le paiement intégral par le participant de l'ensemble des cotisations (part patronale et part salariale).

Pour être recevable, la demande de maintien doit parvenir à l'Institution au plus tard 1 mois après la cessation de l'affiliation au présent contrat.

L'entreprise adhérente doit pour cela informer l'Institution en communiquant les nom, prénom, numéro de Sécurité sociale, la date et le motif de la suspension du contrat de travail de l'intéressé.

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

A défaut d'information auprès de l'Institution par l'entreprise adhérente concernant le participant en situation de suspension de contrat de travail, le versement de prestations complémentaires frais de santé durant cette période impliquera le paiement intégral des cotisations correspondantes par l'entreprise adhérente.

Article 2.8 Cessation de l'affiliation

2.8.1 du participant

L'affiliation du participant au contrat cesse :

- à la date à laquelle il cesse d'appartenir au groupe assuré, tel que défini au Bulletin d'Adhésion;
- à la date de rupture de son contrat de travail, quel qu'en soit le motif, étant précisé qu'en ce qui concerne le participant bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul emploi-retraite, il s'agit de la date de rupture de son contrat de travail au titre de l'activité cumulée avec sa retraite.

2.8.2 des ayants droit

Outre les cas de dénonciation prévus à l'article 2-5-2 des présentes Conditions Générales, l'affiliation des ayants droit prend fin :

- à la date de cessation de l'affiliation du participant ;
- lorsqu'ils perdent la qualité d'ayants droit au sens du Titre 5 des présentes Conditions Générales.

Article 3.1 Structure tarifaire

Les garanties du présent contrat sont accordées au participant et éventuellement à ses ayants droit, moyennant le paiement d'une cotisation selon la structure tarifaire appliquée par l'employeur.

La ou les structures tarifaires prévues à l'Annexe aux présentes Conditions Générales et proposée(s) à l'employeur figure(nt) au Bulletin d'Adhésion.

L'Annexe aux présentes Conditions Générales peut prévoir une ou plusieurs structure(s) tarifaire(s) parmi les suivantes :

- « **uniforme** » : une cotisation unique obligatoire couvrant le participant et l'ensemble de ses ayants droit, quelle que soit la situation familiale du participant ;
- « **isolé/famille obligatoire** » : une cotisation obligatoire, dont le montant varie selon que le participant est célibataire ou qu'il a au moins un ayant droit ;
- « **adulte/enfant obligatoire** » : une cotisation obligatoire « adulte » couvrant le participant et, en fonction de la composition familiale, une cotisation obligatoire pour chaque ayant droit, dont le montant varie selon qu'il s'agit d'un adulte ou d'un enfant (gratuité à partir du 3ème enfant) ;
- « **isolé/famille facultative** » : une cotisation obligatoire couvrant le participant, et en cas de demande d'extension des garanties, une cotisation additionnelle facultative et unique couvrant l'ensemble des ayants droit ;
- « **adulte/enfant facultatif** » : une cotisation obligatoire « adulte » couvrant le participant et, une cotisation additionnelle facultative pour chaque ayant droit affilié dont le montant varie selon qu'il s'agit d'un adulte ou d'un enfant (gratuité à partir du 3ème enfant).

Article 3.2 Montant des cotisations

Les garanties du présent contrat sont accordées aux participants, et le cas échéant, à leurs ayants droit, moyennant le paiement de cotisations fixées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) ou forfaitairement et variant selon la structure tarifaire et le niveau des garanties.

Les cotisations sont appelées à l'ouverture des droits à la garantie frais de santé.

Lorsque les garanties sont souscrites à titre obligatoire, ces garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation qui est répartie entre l'employeur et les salariés.

Les garanties souscrites à titre facultatif sont accordées moyennant le paiement de l'intégralité de la cotisation additionnelle par le salarié.

Le montant des cotisations est précisé au **Barème des cotisations**.

La cotisation est due :

- au prorata du nombre de jours calendaires de présence du participant pour le premier mois de cotisation ;
- et ensuite dans son intégralité pour tout mois commencé.

Les montants de cotisations ont été établis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d'effet.

L'engagement de l'Institution est acquis pour autant que ce cadre perdure. Toute évolution ou instauration d'un nouveau cadre législatif de nature à affecter les comptes du régime, par exemple les taxes, contributions ou transferts de charges de toute nature, fera l'objet d'une répercussion sur les taux de cotisations.

Article 3.3 Évolution des cotisations

Sans préjuger des ajustements nécessaires à l'équilibre technique du régime, les cotisations seront indexées annuellement au 1er janvier de chaque année sur la moyenne des taux d'accroissement de l'indice national annuel de la consommation médicale totale des 3 dernières années (taux publié dans le rapport annuel des comptes nationaux de la Santé).

Par ailleurs, en fonction des résultats constatés et afin de maintenir l'équilibre technique du contrat, les taux de cotisations pourront être réajustés selon le ratio « Sinistres sur Primes » (S/P). Ce réajustement pourra également se traduire par une évolution des garanties.

Article 3.4 Modalités de paiement des cotisations

Pour l'entreprise adhérente

Les cotisations sont appelées et recouvrées par la caisse de **MSA** auprès des entreprises adhérentes, conjointement aux cotisations sociales de base, dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités que les Assurances Sociales Agricoles.

Le versement des cotisations est de la seule responsabilité de l'entreprise adhérente, qui procède au précompte des cotisations correspondant au socle obligatoire conventionnel.

Les cotisations devront être versées mensuellement pour les entreprises de plus de 9 salariés et trimestriellement pour les entreprises de 9 salariés au plus.

Elles seront exigibles dès la date maximale de dépôt de la Déclaration sociale nominative (DSN) et doivent être réglées au plus tard dans les 15 jours qui suivent.

La caisse de MSA procédera à une régularisation annuelle des cotisations au début de l'exercice suivant, sur la base des éléments fournis mensuellement par l'entreprise adhérente.

Pour le participant ayant choisi l'extension des garanties au profit des ayants droit et/ou une garantie optionnelle

Les cotisations sont payables mensuellement par prélèvement automatique sur le compte bancaire du participant

Article 3.5 Défaut de paiement des cotisations

Pour l'entreprise adhérente

En cas de non-paiement des cotisations dans le délai imparti, conformément à l'article L 932-9 du code de la Sécurité sociale, il sera fait application de majorations de retard selon les mêmes modalités que celles applicables aux cotisations d'Assurances Sociales Agricoles.

Si la procédure précontentieuse demeure infructueuse, une procédure contentieuse sera diligentée.

À défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance et indépendamment du droit pour l'Institution d'appliquer des majorations de retard à la

charge exclusive de l'entreprise adhérente et de poursuivre en justice l'exécution du contrat, la garantie peut être suspendue par l'Institution 30 jours après la mise en demeure de l'entreprise adhérente.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'entreprise adhérente, la caisse de MSA informe celle-ci des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

L'Institution a le droit de résilier le contrat 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours précité.

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

Pour le participant ayant choisi l'extension des garanties au profit des ayants droit et/ou une garantie optionnelle

À défaut de paiement de tout ou partie de la cotisation dans les 10 jours qui suivent l'échéance mensuelle, la caisse de MSA adresse au participant, par lettre recommandée avec accusé de réception une mise en demeure de procéder au paiement de la cotisation.

En cas de mise en demeure restée infructueuse, la caisse de MSA pourra, passé un délai de 40 jours, exclure le participant de la garantie optionnelle ou l'extension des garanties au bénéfice des ayants droit.

En cas de régularisation suite à la mise en demeure, les garanties issues du présent contrat reprennent effet le lendemain midi du jour du paiement.

Les frais de poursuite et de recouvrement sont à la charge du participant.

Article 4.1 Entrée en vigueur des garanties

4.1.1 Pour le participant

Les garanties entrent en vigueur immédiatement, dès la prise d'effet de l'affiliation du participant, conformément aux dispositions de l'article 2-5 des présentes Conditions Générales.

4.1.2 Pour les ayants droit du participant

Si elles sont souscrites à leur bénéfice, les garanties entrent en vigueur à l'égard des ayants droit immédiatement, dès leur admission dans l'assurance, conformément aux dispositions de l'article 2-5 des présentes Conditions Générales.

Article 4.2 Montant des garanties

Le présent contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits « responsables » institué par la loi n°2004-810 du 8 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures.

En cas de modifications législatives et/ou réglementaires, les remboursements seront révisés dans les conditions et délais fixés par les textes.

Les remboursements garantis par le présent contrat s'effectuent, poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la Classification Commune des Actes Médicaux, **dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues au tableau des garanties figurant à l'Annexe aux Conditions Générales.**

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

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L160-13 du Code de la Sécurité sociale.

Il répond également aux exigences du décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats responsables : prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier, planchers et plafonds pour les frais d'optiques, plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS).

Article 4.3 Limites et exclusions de garanties

De manière générale, ne sont pas pris en charge :

- **les frais engagés au titre d'actes exécutés avant la prise d'effet ou après la cessation des garanties ;**
- **les frais de santé résultant d'actes qui, bien qu'inscrits à la nomenclature des actes professionnels, ne sont pas pris en charge par le régime de base, sauf exceptions prévues au tableau des garanties figurant à l'Annexe aux présentes Conditions Générales ;**
- **les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L160-13 du Code de la Sécurité sociale.**

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

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

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

Article 4.4 Contrôle des prestations

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

En cas de récupération de la part du régime de base, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, l'Institution se réserve le droit de récupérer toutes prestations indûment réglées au participant.

Article 4.5 Étendue territoriale des garanties

Les garanties s'exercent en France et à l'étranger quel que soit le pays dans lequel les dépenses de santé ont été engagées, dans la mesure où elles font l'objet d'un remboursement de la part du régime de base de Sécurité sociale français.

Par exception, les prestations visées au présent contrat, et pour lesquelles il n'y a pas de prise en charge au titre du régime de base de Sécurité sociale français, ne sont prises en charge qu'à condition d'avoir été effectuées en France.

Article 4.6 Cessation des garanties

Les garanties cessent à la fin du mois au cours duquel intervient :

- la cessation de l'affiliation du participant et/ou de ses ayants droit dans les conditions prévues à l'article 2-8 des présentes Conditions Générales.
- la résiliation du présent contrat par l'entreprise adhérente ou par l'Institution.

Article 4.7 Portabilité des droits

En cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, les anciens salariés bénéficient du maintien des garanties frais de santé prévue par le présent contrat en application de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale et ce, pour toute notification de rupture intervenue à compter de la date d'effet du présent contrat.

L'entreprise disposant préalablement à l'entrée en vigueur du présent contrat, d'une garantie frais de santé doit, dans un délai de 30 jours suivant la souscription du contrat, informer la caisse de MSA de l'existence des anciens salariés susceptibles d'ouvrir droit à la portabilité.

Le bénéfice du maintien des garanties frais de santé est acquis sans versement de cotisation durant la période de portabilité, le financement de ce maintien étant inclus dans la cotisation des actifs.

4.7.1 Bénéficiaires

Continuent à bénéficier des garanties frais de santé, qui les couvrait en tant qu'actifs, les anciens salariés de l'entreprise adhérente, dont le contrat de travail a été rompu et remplissant les conditions suivantes :

- ouvrir droit à indemnisation par le régime de l'assurance chômage ;
- avoir été affilié et ouvrir droit à la garantie frais de santé avant la rupture de leur contrat de travail.

Le bénéfice de cette couverture est étendu aux ayants droit de l'ancien salarié s'ils étaient déjà couverts avant la rupture du contrat de travail de ce dernier.

4.7.2 Ouverture et durée des droits à portabilité

L'ancien salarié a acquis la possibilité de se voir ouvrir, sous conditions, des droits à prestations frais de santé au titre de la portabilité à compter de la date de rupture effective de son contrat de travail.

La durée du maintien des garanties frais de santé est égale à la durée du dernier contrat de travail de l'ancien salarié ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail de l'intéressé lorsqu'ils sont consécutifs dans l'entreprise adhérente.

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

4.7.3 Obligations de l'entreprise adhérente

L'entreprise adhérente doit informer la caisse de MSA de la cessation du contrat de travail du salarié susceptible d'ouvrir droit à la portabilité de la garantie frais de santé.

4.7.4 Obligations de l'ancien salarié

L'ancien salarié doit justifier auprès de la caisse de MSA à l'ouverture ainsi qu'au cours de la période de portabilité qu'il remplit les conditions requises.

A ce titre, l'ancien salarié doit fournir une copie de son certificat de travail et de l'attestation de prise en charge par l'assurance chômage.

Chaque mois, l'ancien salarié doit adresser une copie des attestations de paiement de Pôle emploi.

L'ancien salarié doit informer la caisse de MSA de la cessation du versement des allocations chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité.

4.7.5 Prestations

Les prestations des garanties frais de santé pour les bénéficiaires de la portabilité sont identiques à celles définies par le présent contrat pour les salariés en activité.

Toute modification de ces prestations intervenant au cours de la période de portabilité est applicable aux bénéficiaires du maintien des garanties frais de santé.

4.7.6 Cessation de la portabilité

Le maintien des garanties frais de santé cesse au plus tard 12 mois après la date de rupture du contrat de travail de l'ancien salarié et, en tout état de cause :

- à la fin de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit si elle est inférieure à 12 mois ;
- à la date de reprise d'une activité professionnelle par l'ancien salarié ;
- à la date de cessation du versement des allocations chômage ;
- à la fin du mois du décès de l'ancien salarié ;
- en cas de résiliation du présent contrat par l'entreprise adhérente.

En cas de changement d'organisme assureur, le nouvel assureur doit prendre en charge les bénéficiaires de la portabilité à compter de la date d'effet du nouveau contrat collectif.

Article 4.8 Maintien des garanties sous forme de contrat individuel

1 - Au participant, en cas de rupture du contrat de travail

En application **de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin »**, l'Institution proposera aux participants, dans les 2 mois qui suivent la date de cessation de leur contrat de travail ou la date de fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits, le maintien de leur couverture correspondant au niveau des garanties et à la structure tarifaire choisies à titre obligatoire par l'entreprise dans le cadre d'une adhésion à un **contrat individuel**, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire, sous réserve qu'ils répondent à l'une des conditions suivantes :

- être bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- être privés d'emploi et bénéficier d'un revenu de remplacement ;
- être en rupture de contrat de travail et être bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité et percevoir à ce titre des prestations en espèces de leur régime de base obligatoire.

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à l'Institution au plus tard six mois après la rupture du contrat de travail du participant ou, le cas échéant, de la fin de la période de la portabilité.

Les garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du présent contrat collectif, sous réserve du paiement par le participant des cotisations depuis cette date. A défaut, les garanties entrent en vigueur au lendemain de la demande d'adhésion.

Les tarifs applicables aux anciens salariés pourront être supérieurs aux tarifs globaux en vigueur pour les participants actifs dans les limites fixées par la réglementation.

2 - Aux ayants droit d'un participant décédé

En application **de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin »**, l'Institution proposera aux ayants droit d'un participant décédé inscrits au contrat, dans les 2 mois qui suivent la date de cessation des garanties, le maintien de la couverture correspondant au niveau des garanties et à la structure tarifaire choisies à titre obligatoire par l'entreprise dans le cadre d'une adhésion à un **contrat individuel**, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire.

Les ayants droit concernés devront toutefois justifier qu'ils ont droit aux prestations en nature du régime social de base.

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à l'Institution au plus tard 6 mois après le décès du participant .

Les garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du présent contrat collectif, sous réserve du paiement par les ayants droit des cotisations depuis cette date. A défaut, les garanties entrent en vigueur au lendemain de la demande d'adhésion.

Ces garanties sont maintenues pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès.

Les tarifs applicables aux ayants droit d'un participant décédé, pourront être supérieurs aux tarifs globaux en vigueur pour les participants actifs dans les limites fixées par la réglementation.

1 - Définitions des intervenants au contrat

AYANTS DROIT

Sont considérés comme ayants droit du participant au sens dudit contrat :

- **le conjoint** : la personne mariée avec le participant et non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée, exerçant ou non une activité professionnelle.

Sont assimilés au conjoint :

- **le cocontractant d'un PACS** : est assimilé au conjoint, la personne qui a conclu un Pacte Civil de Solidarité avec le participant conformément aux dispositions de l'article 515-1 et suivant du Code Civil.
- **le concubin** : il faut entendre la personne vivant en concubinage, selon les dispositions de l'article 515-8 du Code civil, avec le salarié, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations, sous réserve que les concubins soient l'un et l'autre libres au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de PACS. Toutefois, la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'au moins un enfant est né ou à naître de l'union ou a été adopté.

La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus.

- **les enfants à charge** :

Sont considérés comme « enfants à charge » les enfants à charge du salarié, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin tels que définis ci-dessus sous réserve de remplir l'une des conditions suivantes :

- tous les enfants âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base de l'ouvrant droit, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
- tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils sont étudiants et inscrits au régime de Sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Couverture Maladie Universelle (C.M.U.) ;
- tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils se trouvent sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le Code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;

- tous les enfants, quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'Allocation pour Adulte Handicapé – AAH – (article L.821-1 du code de la Sécurité sociale). Les personnes handicapées qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquelles celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérées comme étant à charge ;

les enfants du participant nés « viables » moins de 300 jours après son décès.

- **les ascendants à charge** : les personnes ascendantes du salarié à condition d'être à charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'Institution.

CHANGEMENT DE SITUATION FAMILIALE

Sont considérés comme constituant un changement dans la situation familiale du participant, les événements suivants :

- mariage, concubinage, PACS ;
- divorce, séparation de corps, rupture des relations de concubinage, dissolution du PACS ;
- naissance ou adoption d'un enfant ;
- reconnaissance d'une situation d'ascendant à charge ;
- perte de la qualité d'enfant à charge ou d'ascendant à charge ;
- décès d'un enfant à charge, du conjoint ou d'un ascendant à charge.

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

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

2 - Définitions des termes propres au contrat

Dépassement d'honoraires

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

Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée.(DPTM) prévu à l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM/OPTAM-CO).

Forfait actes lourds

Participant forfaitaire de 18€ qui n'est pas remboursée par le régime de base (sauf régime Alsace-Moselle), qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé, dont le tarif est

égal ou supérieur à un montant fixé par l'Etat.

Forfait journalier hospitalier

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

OPTAM /OPTAM-CO : Options négociées au niveau national entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins signataires de la convention médicale de 2016, en remplacement du CAS, visant à modérer les dépassements d'honoraires.

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

Les définitions ci-dessous ont pour but d'aider les personnes assurées par le contrat à mieux comprendre les garanties dont ils bénéficient au titre du présent contrat complémentaire santé.

Toutefois, si le participant souhaite obtenir des informations complémentaires, les organismes d'assurance maladie complémentaires réunis au sein de l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire) ont élaboré divers documents permettant de mieux comprendre les contrats complémentaire santé et notamment un glossaire définissant de façon détaillée les soins et prestations effectués par les professionnels de santé, les conditions et modalités de remboursement éventuel de ces soins et prestations par les Régimes obligatoires de protection sociale et/ou par les complémentaires santé.

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

<http://www.unocam.fr>

AN (PAR AN)

La mention « par an » utilisée dans le libellé des dispositions contractuelles signifie « par année civile ».

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Professionnels paramédicaux (à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, ...) dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par le Régime obligatoire de protection sociale.

Synonyme : professionnel paramédical

BASE DE REMBOURSEMENT (BR)

Tarif servant de référence au Régime obligatoire de protection sociale pour déterminer le montant de son remboursement. On distingue :

- le Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.

- le Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au Tarif de convention.

- le Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareils et autres biens médicaux.

Il est précisé que lorsque les frais sont engagés à l'étranger, le remboursement de l'Institution est déterminé en fonction de la base de remboursement de la Mutualité Sociale Agricole.

Synonymes : base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

CONTRAT « RESPONSABLE »

Contrat santé ne couvrant pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées à l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale et répondant à l'ensemble des conditions mentionnées par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et par tout texte ultérieur pris par les Pouvoirs Publics pour son application (notamment les articles R. 871-1 et R. 871-2 de ce même code).

CONTRAT « SOLIDAIRE »

Contrat santé dont les cotisations ne sont pas déterminées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

FORFAIT

Somme utilisable en une ou plusieurs fois jusqu'à épuisement au cours d'une période donnée.

DEVIS

Devis établis par les professionnels de santé :

Document établi par les professionnels de santé, présentant les soins ou les prestations proposés et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

Devis établi par l'institution au titre du présent contrat :

Calcul par l'institution, des éventuelles prestations en nature du Régime obligatoire de protection sociale et du remboursement dû au titre du présent contrat, permettant au participant de déterminer le montant des frais restant à sa charge pour les postes Optique et Dentaire.

FRAIS RÉELS

Pour l'application des dispositions du présent contrat, ce terme désigne :

- soit le montant des dépenses effectivement engagées par le bénéficiaire des soins pour ses prestations de santé ; dans ce cas, ce terme est alors synonyme de « dépenses réelles ».
- soit les conditions de remboursement de certains frais ou actes par l'institution au titre du présent contrat ; lorsque pour certaines garanties, le présent contrat prévoit une prise en charge aux frais réels, l'institution calcule le montant de sa prestation en fonction du montant des frais réellement engagés pour les frais ou actes considérés et du montant des prestations en nature servies à ce titre par le Régime obligatoire de protection sociale. Toutefois, pour déterminer le montant de la prestation qu'elle doit effectivement verser, l'institution tiendra également compte de l'application éventuelle de franchises, participations forfaitaires d'1 euro ainsi qu'en cas de non respect du parcours de soins coordonnés, de l'application éventuelle de dépassements d'honoraires pratiqués à ce titre par certains professionnels de santé et/ou majorations de ticket modérateur appliquées à titre de sanction par le Régime obligatoire de protection sociale et que la législation sur les complémentaires santé « responsables » lui interdit de prendre en charge.

FRAIS DE SANTÉ

Frais médicaux, dentaires, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation engagés par un assuré.

HOSPITALISATION

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

MALADIE

Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

MATERNITÉ

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

MÉDECIN TRAITANT

Médecin généraliste ou spécialiste choisi par l'assuré social ou par chaque ayant droit âgé de 16 ans ou plus, dont le nom est communiqué à l'organisme gestionnaire du Régime obligatoire de protection sociale de chacun des intéressés.

Il assure le premier niveau de recours aux soins en prenant directement en charge les soins courants du patient ainsi qu'une prévention personnalisée. Dans le cadre du parcours de soins, il coordonne les soins et oriente, si besoin est, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient également à jour le dossier médical du patient.

Voir également : médecin correspondant, médecin à accès direct autorisé, parcours de soins coordonnés.

MÉDECIN CORRESPONDANT

Médecin intervenant en coordination avec le médecin traitant.

Il garantit le second niveau de recours au système de soins, notamment l'accès aux soins les plus spécialisés en répondant aux sollicitations du médecin traitant et en recevant les patients qui lui sont adressés dans des délais compatibles avec leur état de santé.

MÉDECIN À ACCÈS DIRECT AUTORISÉ

Pour certains actes précisés relevant de leur spécialité, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients âgés entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés sans orientation préalable du médecin traitant tout en restant dans le parcours de soins coordonnés.

NOMENCLATURE

Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale et les conditions de leur remboursement..

ORTHODONTIE

Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes. Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations ou les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Circuit que les patients doivent respecter (hors hospitalisation) pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursé normalement, sans application de sanctions. Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un Régime obligatoire de protection sociale âgés de plus de 16 ans.

Est considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés, le patient qui :

- consulte en premier lieu le médecin traitant qu'il a déclaré auprès du Régime obligatoire de protection sociale dont il bénéficie (ou son remplaçant)
- consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant » auquel il a été adressé par son médecin traitant.

Un patient est considéré comme étant toujours dans le parcours de soins, lorsque se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique de son lieu de résidence habituelle, ainsi que prévu à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, il consulte un autre médecin que son médecin traitant.

Lorsqu'un patient ne respecte pas le parcours de soins coordonnés, le remboursement du Régime obligatoire de protection sociale est alors diminué à titre de sanction. Cette différence n'est pas remboursée par les complémentaires santé « responsables ».

Voir également : médecin traitant, médecin correspondant, médecin à accès direct autorisé, contrat « responsable et solidaire »

RÉGIME OBLIGATOIRE DE PROTECTION SOCIALE

Régime obligatoire de Sécurité sociale ou Mutualité sociale agricole ou tout autre régime spécial légalement obligatoire de garanties sociales de salariés, et éventuellement le régime de Sécurité sociale des Travailleurs non salariés pour le conjoint, partenaire ou concubin du participant ou le régime de la Sécurité sociale des étudiants pour les enfants à charge.

SOINS DE VILLE

Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires...

Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations « en soins externes ») sont généralement considérées comme des soins de ville.

Synonymes : soins ambulatoires, soins externes, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires, frais ou soins médicaux courants

TICKET MODÉRATEUR

Somme restant à la charge du patient susceptible de varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés.

Cette participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge, de l'état de santé ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations.

Ce ticket modérateur est égal à la différence entre la base de remboursement retenue par la Mutualité Sociale Agricole pour effectuer son remboursement et les prestations dues par cet organisme.

La participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale due par le patient ne sont pas prises en considération dans le calcul du ticket modérateur.

TIERS PAYANT

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

Synonyme : dispense d'avance des frais.

Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles

Entreprise régie par le Code des assurances et par l'article L.771-1 du Nouveau Code rural

AGRI PRÉVOYANCE - Institution de prévoyance régie par le code rural et de la pêche maritime, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe 61 rue Taitbout, 75009 PARIS - SIRET - 423 959 295 00035 - Membre du GIE AGRICA GESTION - RCS Paris n°493 373 682
Siège social - 21 rue de la Bienfaisance 75008 Paris - Tél : 01 71 21 00 00 - Fax 01 71 21 00 01
www.groupagric.com

