

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Production agricole

Notice d'Information

EN PARTENARIAT AVEC



AGRI PRÉVOYANCE

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	3
I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT	3
Article 1-1 : Objet	4
Article 1-2 : Durée	4
Article 1-3 : Organismes assureurs	4
Article 1-4 : Délégation de gestion	4
Article 1-5 : Réseau de soins	4
Article 1-6 : Choix de couverture par votre entreprise	4
Article 1-7 : Recours contre tiers responsable	4
Article 1-8 : Prescription	4
Article 1-9 : Fausse déclaration	5
Article 1-10 : Informatique et libertés	5
Article 1-11 : Réclamations - médiation	5
Article 1-12 : Bénéficiaires	5
Article 1-13 : Vos obligations	5
Article 1-14 : Loi applicable et juridiction	5
Article 1-15 : Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	5
2. AFFILIATION OBLIGATOIRE	6
Article 2-1 : Votre affiliation et prise d'effet	6
Article 2-2 : Affiliation obligatoire de vos ayants droit et prise d'effet	6
Article 2-3 : Modification du niveau de garanties ou de la structure tarifaire	6
3. AFFILIATION FACULTATIVE ET DÉNONCIATION	7
Article 3-1 : Affiliation aux garanties optionnelles	7
Article 3-2 : Affiliation de vos ayants droit	7
Article 3-3 : Dispositions communes	7
Article 3-4 : Modalités de dénonciation de la couverture de vos ayants droit ou des garanties optionnelles	7
4. COTISATIONS	8
Article 4-1 : Structure tarifaire	8
Article 4-2 : Montant des cotisations	8
Article 4-3 : Défaut de paiement des cotisations	8
5. DISPOSITIONS COMMUNES A L'ENSEMBLE DES GARANTIES	9
Article 5-1 : Entrée en vigueur des garanties	9
Article 5-2 : Montant des garanties	9
Article 5-3 : Limites et exclusions des garanties	9
Article 5-4 : Règlement des prestations et contrôle	9
Article 5-5 : Étendue territoriale des garanties	9
Article 5-6 : Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail	10
Article 5-7 : Cessation de l'affiliation	10
Article 5-8 : Cessation des garanties	10
Article 5-9 : Portabilité des droits	10
Article 5-10 : Maintien des garanties sous forme de contrat individuel	11
6. SERVICES DE TIERS PAYANT	12
7. DÉFINITIONS	13

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 2 septembre 2015 et n°5 du 28 septembre 2016.

AGRI PREVOYANCE est référencé comme organisme assureur de ces garanties.

L'Accord 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.

La présente Notice d'Information, complétée par son Annexe, a pour objet de vous présenter vos garanties frais de santé.

La Notice d'Information expose les dispositions communes à l'ensemble des garanties, l'Annexe précisant le niveau de vos garanties du socle obligatoire conventionnel et, le cas échéant, les différentes garanties qui peuvent être choisies en complément par vos partenaires sociaux locaux ou votre entreprise, ou à défaut souscrites par vous-même.

La présente Notice d'Information se compose des titres et des annexes suivants :

- le Titre 1 vous présente les dispositions générales du contrat frais de santé ;
- le Titre 2 vous présente les garanties obligatoires souscrites par l'entreprise ;
- le Titre 3 vous présente les garanties facultatives proposées au salarié ;
- le Titre 4 vous présente les cotisations ;
- le Titre 5 vous présente les dispositions communes à l'ensemble des garanties ;
- le Titre 6 vous présente les services de tiers payant ;
- le Titre 7 comprend les définitions relatives à vos garanties.

I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT

Article I-1

OBJET

La présente notice d'information a pour objet de définir les garanties souscrites par votre employeur. Elles ont pour objet de garantir, **à l'ensemble des salariés** appartenant au groupe assuré, 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.**

Article I-2

DURÉE

Le contrat souscrit par votre employeur expire le 31 décembre de son année de souscription et se renouvelle ensuite, le 1er janvier de chaque année, par tacite reconduction.

Article I-3

ORGANISMES ASSUREURS

Les garanties « Santé » sont mises en œuvre par AGRI PREVOYANCE (21, rue de la Bienfaisance - 75382 PARIS cedex 08), agissant en tant qu'assureur dans le cadre d'un contrat collectif auquel votre employeur adhère.

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

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.

Article I-4

DÉLÉGATION DE GESTION

La gestion administrative des adhésions, des affiliations et du recouvrement des cotisations de la garantie obligatoire et des garanties optionnelles ainsi que la gestion du paiement de toutes les prestations afférentes au présent contrat pour les entreprises de la métropole sont déléguées à la caisse de Mutualité Sociale Agricole (MSA) dont vous relevez.

Article I-5

RÉSEAU DE SOINS

Vous bénéficiez des services proposés par le réseau de soins défini à l'**Annexe à la Notice d'Information**.

Article I-6

CHOIX DE COUVERTURE PAR VOTRE ENTREPRISE

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

→ le niveau de garanties en adhérant au seul socle obligatoire conventionnel ou en souscrivant une des garanties optionnelles.

Lorsque votre entreprise n'adhère pas au niveau de garanties le plus élevé qui lui est proposé, vous avez possibilité d'opter, à titre facultatif, pour un niveau supérieur via votre Bulletin d'affiliation.

→ la structure tarifaire de la cotisation et choisit, le cas échéant, de couvrir vos ayants droit à titre obligatoire, ou vous permet, à titre facultatif, d'étendre les garanties à vos ayants droit.

Pour connaître le niveau de garanties et la structure tarifaire dont vous bénéficiez, nous vous invitons à vous rapprocher de votre service du personnel.

Article I-7

RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE

Le recours contre tiers responsable est la procédure engagée à l'encontre d'un « tiers responsable » d'un accident (accident de la circulation, accident domestique, agression...) en vue du remboursement de tous les frais exposés suite à l'accident.

Les organismes assureurs qui ont versé des prestations à un salarié disposent d'un recours contre l'auteur responsable de cet accident ou de son assureur afin d'obtenir le remboursement de ces prestations, conformément à l'article L.931-11 du Code de la Sécurité sociale.

Vous devez alors déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident le nom d'AGRI PREVOYANCE en tant que tiers payeur des prestations.

Vous devez également informer votre médecin et les autres professionnels de santé que vous consultez à la suite d'un accident causé par un tiers. Ils préciseront « accident causé par un tiers » sur les feuilles de soins papier ou électroniques et indiqueront la date de l'accident.

Article I-8

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.**

Toutefois ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où AGRI PREVOYANCE 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 ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'entreprise adhérente, du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre AGRI PREVOYANCE 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 par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci. Elles sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil.

Il s'agit notamment de :

→ la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du code civil) ;

→ une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du code civil) ;

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

La prescription est également interrompue par :

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

Article I-9 FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites tant par votre employeur que par vous-même servent de base à la garantie.

AGRI PREVOYANCE peut opérer une vérification des données ainsi communiquées.

Toute déclaration intentionnellement fautive ou incomplète, toute 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 AGRI PREVOYANCE.

Article I-10 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

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

En application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez exercer, en justifiant de votre identité, votre droit d'accès et de rectification aux données vous concernant en adressant un courrier à AGRI PREVOYANCE – Correspondant Informatiques et Libertés, 21 rue de la Bienfaisance, 75382 Paris cedex 08 ou par courriel à l'adresse suivante «cnil.blf@groupagricar.com».

Article I-11 RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de désaccord persistant, en dehors de toute demande d'information ou d'avis, vous pouvez adresser une réclamation :

- soit par courrier à AGRI PREVOYANCE - Service Réclamations, 21 rue de la Bienfaisance, 75382 Paris cedex 08 ;
- soit par courriel sur le site Internet du Groupe AGRICA (www.groupagricar.com) en cliquant sur la rubrique « Une question, contactez-nous » puis, en précisant le sujet de votre demande « Faire une réclamation ».

Afin que votre demande soit traitée dans les plus brefs délais, vous devez préciser votre code client et le domaine concerné (santé).

Dès lors, AGRI PREVOYANCE vous adresse un accusé de réception dans les 10 jours suivants la réception de votre demande et traite votre demande dans un délai maximal de 2 mois.

Par suite, vous pouvez présenter un recours auprès du Médiateur de la protection sociale (CTIP) en adressant le dossier complet :

- soit par courrier au siège du CTIP (Centre Technique des Institutions de Prévoyance), 10 rue Cambacérés, 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 I-12 BÉNÉFICIAIRES

Les bénéficiaires des garanties frais de santé sont définis à l'**Annexe à la Notice d'Information**.

Article I-13 VOS OBLIGATIONS

Vous vous obligez :

- à accepter le précompte des cotisations et le cas échéant le règlement de l'extension famille et/ou des garanties optionnelles ;
- à fournir à AGRI PREVOYANCE et à votre caisse de MSA les renseignements nécessaires à l'établissement de vos droits et obligations, soit par l'intermédiaire de votre employeur, soit directement en cas de maintien des garanties sous forme de contrat individuel dans les conditions prévues à l'article 5-10 ;
- à transmettre à votre caisse de MSA le bulletin d'affiliation dûment complété et signé, accompagné des pièces justificatives.

Article I-14 LOI APPLICABLE ET JURIDICTION

Le contrat souscrit par votre employeur 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 dudit contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

La langue française est utilisée pour ce contrat.

Article I-15 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

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

Dans ce cadre, AGRI PREVOYANCE se réserve le droit de demander tout justificatif relatif à votre identité.

2. AFFILIATION OBLIGATOIRE

Article 2-1

VOTRE AFFILIATION ET PRISE D'EFFET

2-1-1 – Principe

Sous réserve de remplir les conditions prévues à l'article 1-12, vous devez être obligatoirement affilié au contrat collectif souscrit par votre entreprise

Votre affiliation et votre admission à ce contrat collectif prend effet :

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

Votre affiliation prend effet dès votre entrée dans le groupe assuré tel que défini dans l'Annexe de la présente Notice d'Information.

2-1-2 – Dérogation : cas de dispense d'affiliation

Par dérogation au principe d'affiliation obligatoire, vous pouvez choisir de ne pas être affilié aux garanties mises en place à titre obligatoire dans l'entreprise dès lors que vous vous trouvez dans l'une des situations prévues par l'Accord collectif dont relève votre entreprise.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur **demande écrite de votre part adressée à votre employeur, qui en informe votre caisse de MSA. Cette demande prendra effet à compter du 1^{er} jour du mois qui suit sa réception par votre caisse de MSA.** Vous devez par ailleurs indiquer dans votre demande de dispense que votre employeur vous a préalablement informé des conséquences de votre choix, à savoir que vous n'êtes pas redevable de la cotisation pendant la période de dispense mais également que vous ne pouvez pas bénéficier ni des prestations, ni du droit à portabilité.

Dans tous ces cas, votre **demande de dispense d'affiliation** doit être **accompagnée des justificatifs attestant de votre situation.**

Vous devrez produire chaque année ces justificatifs à votre employeur.

A défaut de remise, vous serez affilié à la garantie et la cotisation sera due.

Si vous ne remplissez plus les conditions requises à la dispense d'affiliation, vous devez en informer votre employeur. Vous serez alors obligatoirement affilié à ce contrat à compter du premier jour du mois civil suivant.

Cas particulier du salarié à employeurs multiples : si vous travaillez régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs, vous cotisez au présent régime chez l'employeur auprès duquel vous avez acquis en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier des garanties, et vous demandez à être dispensé auprès des autres.

Article 2-2

AFFILIATION OBLIGATOIRE DE VOS AYANTS DROIT ET PRISE D'EFFET

Si votre entreprise a choisi une structure tarifaire avec affiliation obligatoire des ayants droit, l'ensemble de vos ayants droit, tels que définis à l'annexe 1 de la présente Notice d'Information, est obligatoirement affilié au contrat collectif.

Vos ayants droit sont couverts par le niveau de garantie dont vous bénéficiez.

L'affiliation et l'admission de vos ayants droit prend effet :

- à la date de prise d'effet de votre affiliation ;
- à la date de survenance d'un événement engendrant un changement de votre situation familiale dûment déclaré dans le délai de 30 jours suivant l'événement.

Dans tous les cas, vous devez remplir l'imprimé « Bulletin d'affiliation ». Ce bulletin, dûment complété et signé, doit être envoyé à votre caisse de MSA avec les pièces justificatives.

Pour vos ayants droit, les pièces à fournir sont les suivantes :

- une copie du livret de famille ;
- le certificat de scolarité ou d'apprentissage des enfants à charge ;
- la carte invalidité, le cas échéant ;
- le justificatif de perception de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) ;
- pour votre conjoint, l'attestation de droits correspondant à la carte Vitale, dans un autre régime de base ;
- le justificatif fiscal en cas de déclaration des ascendants à charge.

En cas de modification de votre situation familiale, par exemple en raison de votre mariage, de la naissance d'un enfant..., vous devez compléter un nouveau bulletin en joignant les justificatifs demandés.

Article 2-3

MODIFICATION DU NIVEAU DE GARANTIES OU DE LA STRUCTURE TARIFAIRE

Si l'Accord collectif dont relève votre entreprise prévoit plusieurs niveaux de garanties et/ou plusieurs structures tarifaires de la cotisation, votre entreprise a la possibilité de modifier le niveau des garanties obligatoires et/ou la structure tarifaire de la cotisation en formalisant sa demande auprès de AGRI PREVOYANCE au plus tard le 31 octobre, pour une prise d'effet le 1^{er} janvier de l'année suivante.

Dans ce cas, vous devez compléter un nouveau Bulletin d'affiliation afin de formaliser votre choix de niveau de garanties en fonction de la nouvelle formule choisie par votre entreprise.

De même, vous devez compléter un nouveau Bulletin d'affiliation afin de formaliser votre choix ou non de couverture de vos ayants droit en fonction de la nouvelle structure choisie par votre entreprise.

3. AFFILIATION FACULTATIVE ET DÉNONCIATION

Article 3-1

AFFILIATION AUX GARANTIES OPTIONNELLES

En cas de pluralité de niveaux de garanties, si votre entreprise n'a pas choisi le plus élevé à titre obligatoire, vous pouvez choisir d'améliorer votre niveau de couverture en demandant votre affiliation à un niveau renforcé. Dans ce cas, le niveau de garanties que vous avez choisi s'applique également, le cas échéant, à vos ayants droit affiliés.

Votre affiliation à ces niveaux, prend effet :

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

Article 3-2 :

AFFILIATION DE VOS AYANTS DROIT

Si votre entreprise a choisi une structure tarifaire avec affiliation facultative de vos ayants droit, vous pouvez choisir d'étendre vos garanties frais de santé au bénéfice de vos ayants droit via votre **Bulletin d'affiliation**. Cette extension des garanties s'applique sur le niveau de garantie santé dont vous bénéficiez vous-même.

Vous pouvez demander la couverture de vos ayants droit :

- à la date de prise d'effet de votre affiliation au contrat.
Vos ayants droit sont alors affiliés et admis dans l'assurance en même temps que vous ;
- en cours d'année, dans les 30 jours qui suivent l'événement en cas de changement dans votre situation familiale tel que défini au Titre 7 de la présente Notice d'Information, ou en l'absence de changement, sur votre demande.
Vos 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 1^{er} jour du mois suivant votre demande.

Article 3-3

DISPOSITIONS COMMUNES

Dans tous les cas, vous devez remplir l'imprimé « Bulletin d'affiliation ». Ce bulletin, dûment complété et signé, doit être envoyé à votre caisse de MSA avec les pièces justificatives.

Pour vos ayants droit, les pièces à fournir sont les suivantes :

- une copie du livret de famille ;
- le certificat de scolarité ou d'apprentissage des enfants à charge ;
- la carte invalidité, le cas échéant ;
- le justificatif de perception de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) ;
- pour votre conjoint, l'attestation de droits correspondant à la carte Vitale, dans un autre régime de base ;
- le justificatif fiscal en cas de déclaration des ascendants à charge.

En cas de modification de votre situation familiale, par exemple en raison de votre mariage, de la naissance d'un enfant..., vous devez compléter un nouveau bulletin en joignant les justificatifs.

Votre caisse de MSA vous adressera, pour tout changement, une nouvelle carte de tiers payant papier indiquant vos nouveaux droits. Vous devrez également mettre votre carte Vitale à jour lorsque votre caisse de MSA vous le demandera.

Article 3-4

MODALITÉS DE DÉNONCIATION DE LA COUVERTURE DE VOS AYANTS DROIT OU DES GARANTIES OPTIONNELLES

3-2-2 – Dénonciation des garanties optionnelles

Vous avez la faculté de dénoncer annuellement la garantie optionnelle que vous avez choisie, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à votre caisse de MSA, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La dénonciation prend alors effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

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

3-2-1 – Dénonciation de la couverture de vos ayants droit

Vous avez la faculté de dénoncer l'extension des garanties à vos ayants droit :

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

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

4. COTISATIONS

Article 4-1

STRUCTURE TARIFAIRE

Les garanties du présent contrat vous sont accordées, ainsi qu'éventuellement à vos ayants droit, moyennant une cotisation selon la structure tarifaire appliquée par votre employeur.

La ou les structure(s) tarifaire(s) prévues à l'Accord collectif et proposée(s) à votre employeur figure(nt) au bulletin d'adhésion.

L'accord collectif peut prévoir une ou plusieurs structure(s) tarifaire(s) parmi les suivantes :

- « **uniforme** » : une cotisation unique obligatoire vous couvrant ainsi que l'ensemble de vos ayants droit, quelle que soit votre situation familiale ;
- « **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 vous couvrant, et en cas de demande d'extension des garanties à votre initiative, une cotisation additionnelle et unique couvrant l'ensemble de vos ayants droit ;
- « **adulte/enfant facultatif** » : une cotisation obligatoire « adulte » vous couvrant, et en cas de demande d'extension des garanties à votre initiative, une cotisation additionnelle 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 4-2

MONTANT DES COTISATIONS

Les garanties du contrat vous sont accordées (ainsi qu'à vos ayants droit, le cas échéant) 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

Les cotisations sont dues :

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

4-2-1- Garanties obligatoires souscrites par votre entreprise

Les garanties obligatoires sont accordées moyennant une cotisation répartie entre l'employeur et vous-même. Dans ce cas, votre part de cotisation est directement précomptée mensuellement sur votre fiche de paie par votre employeur qui a la responsabilité du versement total des cotisations.

4-2-2- Extension des garanties au profit de vos ayants droit et/ou garanties optionnelles choisies par vous-même

Ces garanties facultatives vous sont accordées moyennant le paiement de l'intégralité de la cotisation additionnelle par vous-même. Ces cotisations sont

alors prélevées mensuellement directement sur votre compte bancaire.

Le montant des cotisations est précisé au Barème des cotisations.

Article 4-3

DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

4-3-1- Défaut de paiement des cotisations obligatoires par l'entreprise adhérente

En cas de non-paiement des cotisations dans le délai imparti par l'entreprise adhérente, conformément à l'article L932-9 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 demeurerait 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 AGRI PREVOYANCE 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 AGRI PREVOYANCE 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.

AGRI PREVOYANCE 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.

4-3-2- Défaut de paiement des cotisations additionnelles facultatives par le participant

En cas de demande d'affiliation aux garanties facultatives et à défaut de paiement de tout ou partie de la cotisation dans les 10 jours qui suivent l'échéance mensuelle, votre caisse de MSA vous adresse, 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, AGRI PREVOYANCE pourra, passé un délai de 40 jours, vous exclure de la garantie optionnelle et/ou de l'extension de vos garanties au bénéfice de vos ayants droit.

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

Les frais de poursuite et de recouvrement sont à votre charge.

5. DISPOSITIONS COMMUNES A L'ENSEMBLE DES GARANTIES

Article 5-1

ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Les garanties entrent en vigueur immédiatement, dès la prise d'effet de votre affiliation et le cas échéant celles de vos ayants droit, conformément aux dispositions des articles 2-2 et 3-1-1 de la présente Notice d'Information.

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

Article 5-2

MONTANT DES GARANTIES

Le contrat frais de santé 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 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 à la Notice d'Information.**

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

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, c'est-à-dire du 1er janvier au 31 décembre.

Les prestations optique « équipement, verres et monture » sont limitées à un équipement (2 verres et une monture) toutes les 2 années décomptées à partir de la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai est réduit à un an en cas d'évolution de la vue ou pour les enfants âgés de moins de 18 ans.

Article 5-3

LIMITES ET EXCLUSIONS DES 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 aux tableaux des garanties figurant à l'Annexe à la Notice d'Information ;
- 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 L.160-13 du Code de la Sécurité sociale.

Article 5-4

RÈGLEMENT DES PRESTATIONS ET CONTRÔLE

5-4-1 - Règlement des prestations

Vos prestations sont réglées **directement par votre Caisse de Mutualité Sociale Agricole (MSA)**, seul interlocuteur pour le remboursement de la part complémentaire de vos frais de santé.

Vous pouvez utiliser votre Carte Vitale pour bénéficier du tiers payant pharmaceutique, après l'avoir mise à jour sur la borne Vitale la plus proche de votre domicile. L'utilisation par le professionnel de santé de la Carte Vitale permet le paiement des prestations de base et des prestations complémentaires.

En cas d'hospitalisation, l'établissement hospitalier peut également demander à votre caisse de MSA l'envoi d'une prise en charge pour un règlement direct à l'établissement.

Pour les frais de prothèses dentaires et d'optique, vous devez adresser une facture détaillée à votre caisse de MSA.

En cas de non utilisation de la Carte Vitale les démarches pour obtenir vos remboursements sont les suivantes :

1- pour vous-même, votre conjoint, concubin, vos enfants et ascendants à charge qui figurent sur votre carte d'assuré social :

- 1. Envoyez votre/leur feuille de soins à votre caisse de MSA ;
- 2. Vous recevrez sur un même décompte le remboursement de base de la MSA et le remboursement complémentaire d'AGRI PREVOYANCE.

2- pour votre conjoint/concubin, vos enfants et ascendants à charge affiliés à la MSA et qui possèdent leur propre carte d'assuré social :

- 1. Notez en plus sur la feuille de soins votre numéro de Sécurité sociale ;
- 2. Envoyez leur feuille de soins à votre caisse de Mutualité Sociale Agricole.

3- pour votre conjoint/concubin et vos enfants à charge affiliés aux autres régimes de Sécurité Sociale que la MSA (Sécurité sociale, Sécurité sociale étudiante, autres régimes de base)

- Un système d'échange d'informations entre la MSA et autres régimes de base obligatoires (CPAM, etc...) permet à votre caisse de MSA d'effectuer le remboursement complémentaire sans intervention de votre part.

Pour les cas où ce système ne serait pas encore mis en place :

- 1. Envoyez la feuille de soins au régime concerné ;
- 2. Envoyez ensuite le décompte du remboursement obtenu au titre du régime de base de votre ayant droit à votre caisse de MSA en notant en plus votre numéro de Sécurité sociale ;
- 3. Le remboursement complémentaire vous sera alors versé.

5-4-2 - Contrôle

En cas de suspicion de fraude aux prestations, AGRI PREVOYANCE 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, AGRI PREVOYANCE se réserve le droit de récupérer toutes prestations qui vous auraient été indûment réglées.

Article 5-5 :

ETENDUE 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 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.

5. DISPOSITIONS COMMUNES A L'ENSEMBLE DES GARANTIES

Article 5-6 :

DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

En cas de suspension de votre contrat de travail d'une durée supérieure à 1 mois civil d'arrêt complet, votre affiliation 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 vous sont maintenues et, le cas échéant à vos ayants droit couverts à titre obligatoire, pour tout mois civil complet d'absence, à compter du 1^{er} 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 que vous avez éventuellement souscrites à titre facultatif : paiement de l'intégralité de la cotisation additionnelle par vous-même.

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 vous sont maintenues :

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

Pour être recevable, la demande de maintien doit parvenir à AGRI PREVOYANCE au plus tard 1 mois après la cessation de votre affiliation au contrat.

Votre entreprise doit pour cela informer AGRI PREVOYANCE en communiquant vos nom, prénom, numéro de Sécurité sociale, la date et le motif de la suspension de votre contrat de travail.

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

A défaut d'information auprès de AGRI PREVOYANCE par votre entreprise concernant votre 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 votre employeur et vous-même.

Article 5-7

CESSATION DE L'AFFILIATION

5-7-1 – Pour vous-même

Votre affiliation au contrat cesse :

- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir au groupe assuré ;
- à la date de rupture de votre contrat de travail, étant précisé que si vous bénéficiez des dispositions légales applicables en matière de cumul emploi-retraite, il s'agit de la date de rupture de votre contrat de travail au titre votre activité cumulée avec votre retraite. A cette date, vous pourrez, sur demande expresse, contracter aux conditions de souscription et aux tarifs en vigueur, un contrat proposé à titre individuel dans les conditions définies à l'article 5-10 de la présente Notice d'Information ;

5-7-2 - Pour vos ayants droit

Outre les cas de dénonciation prévus à l'article 3-2 de la présente notice d'information, les garanties (obligatoires et éventuellement souscrites à titre facultatif) cessent à l'égard de vos ayants droit dans les conditions suivantes :

- dès que vous cessez d'être au service de votre entreprise, pour quelque cause que ce soit,
- dès qu'ils perdent la qualité d'ayant droit, tel que défini au Titre 7 de la présente Notice d'Information.

La cotisation du mois au cours duquel l'évènement est intervenu reste due.

Dans tous ces cas, **pensez à prévenir votre caisse de MSA, et retournez-lui la carte de tiers payant papier de votre garantie frais de santé.**

Article 5-8

CESSATION DES GARANTIES

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

- la cessation de votre affiliation et/ou celle de vos ayants droit dans les conditions prévues à l'article 5-7 de la présente notice d'information.
- la résiliation du contrat d'assurance par l'entreprise adhérente ou par AGRI PREVOYANCE.

Article 5-9

PORTABILITÉ DES DROITS

En cas de cessation de votre contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, vous pouvez bénéficier du maintien des garanties frais de santé prévue au 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 contrat souscrit par votre employeur.

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

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

5-9-1 - Bénéficiaires

Vous pouvez continuer à bénéficier de la garantie frais de santé, qui vous couvrirait en tant qu'actif, lorsque votre contrat de travail a été rompu et que vous remplissez les conditions suivantes :

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

Le bénéfice de cette couverture est étendu à vos ayants droits s'ils étaient déjà couverts avant la rupture de votre contrat de travail.

5-9-2 – Ouverture et durée des droits à portabilité

En tant qu'ancien salarié, vous avez acquis la possibilité de vous 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 votre contrat de travail.

La durée du maintien de la garantie frais de santé est égale à la durée de votre dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de vos derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs dans votre entreprise.

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

5-9-3 – Obligations de l'entreprise adhérente

Votre entreprise doit informer votre caisse de MSA de la cessation de votre contrat de travail et si vous êtes susceptible d'ouvrir droit à la portabilité de la garantie frais de santé.

5-9-4 – Obligations de l'ancien salarié

Vous devez justifier auprès de votre caisse de MSA à l'ouverture ainsi qu'au cours de la période de portabilité que vous remplissez les conditions requises.

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

Chaque mois, vous devez adresser une copie des attestations de paiement de Pôle emploi.

Vous devez informer votre caisse de MSA de la cessation du versement des allocations chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité.

5-9-5 - Prestations

Les prestations qui vous sont accordées au titre 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 votre période de portabilité vous est applicable.

5-9-6 – Cessation de la portabilité

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

- à la fin de la durée de maintien à laquelle vous avez droit si elle est inférieure à 12 mois ;
- à la date à laquelle vous reprenez une activité professionnelle ;
- à la date de cessation du versement des allocations chômage ;
- à la fin du mois au cours duquel vous décédez ;
- en cas de résiliation du présent contrat par votre entreprise.

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 5-10

MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL

5-10-1 – En cas de rupture du contrat de travail

En application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite **loi « Evin »**, si votre contrat de travail est rompu, AGRI PREVOYANCE vous proposera, dans les 2 mois qui suivent la date de cessation de votre contrat de travail ou la fin de la période de maintien de vos garanties au titre de la portabilité des droits, le maintien de votre couverture correspondant au niveau des garanties et à la structure tarifaire choisis à titre obligatoire par votre entreprise dans le cadre d'une souscription à **un contrat individuel**, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire, sous réserve que vous répondiez à l'une des conditions suivantes :

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

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à AGRI PREVOYANCE au plus tard six mois après la date de cessation des garanties du contrat.

Les garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du présent contrat collectif, sous réserve du paiement par vos soins 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.

5-10-2 – En cas de décès

En cas de décès, en application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite **loi « Evin »**, AGRI PREVOYANCE proposera à vos ayants droit couverts avant votre décès, dans les 2 mois suivant la date de cessation des garanties, le maintien de leur couverture correspondant au niveau des garanties et à la structure tarifaire choisis à titre obligatoire par votre 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 à titre obligatoire ou personnel.

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à AGRI PREVOYANCE au plus tard six mois après la date de cessation de la garantie du contrat.

Les garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du présent contrat collectif, sous réserve du paiement 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 douze mois à compter de votre 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.

6. SERVICES DE TIERS PAYANT

Les services de tiers payant suivants sont mis à votre disposition :

PHARMACIE

un service de TIERS PAYANT PHARMACIE qui a pour objet de vous permettre de bénéficier de la dispense d'avance des frais pharmaceutiques pris en charge par la Mutualité Sociale Agricole et garantis au titre du contrat. Par ce système, le pharmacien peut délivrer, sans avance de fonds, les médicaments prescrits par un médecin sur ordonnance. Les frais pharmaceutiques correspondants sont réglés directement au pharmacien pour les parts obligatoire et complémentaire par votre caisse de Mutualité Sociale Agricole.

Entrent dans le cadre de la dispense d'avance, tous les produits pharmaceutiques, médicalement prescrits, dont la prise en charge par la Mutualité Sociale Agricole – au moins pour la part lui incombant – résulte également d'une procédure de tiers payant.

Sont exclus du système Tiers payant, la franchise mentionnée à l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité Sociale et les produits pharmaceutiques non remboursables par la Mutualité Sociale Agricole qui doivent être réglés intégralement au pharmacien.

Votre caisse de Mutualité Sociale Agricole porte les droits complémentaires sur votre carte Vitale, ce qui vous dispense dans la plupart des cas de présenter la carte de tiers payant (sous forme papier) délivrée par votre caisse.

La carte de tiers payant devra être restituée à l'Institution dans les circonstances suivantes :

- en cas de résiliation du contrat, suite à la dénonciation de l'Accord collectif ou suite au changement d'organisme assureur ;
- en cas d'utilisations abusives répétées du système ;
- si vous ne remplissez plus les conditions d'ouverture des droits requis au titre de la Mutualité Sociale Agricole obligatoire dont vous relevez ;
- et en tout état de cause en cas de départ de l'entreprise.

La caisse de MSA se réserve le droit de réclamer, à vous-même ou au pharmacien, tout indu relatif au système de tiers payant.

AUTRES PROFESSIONS DE SANTÉ

Dans les départements où des accords ont été conclus entre AGRI PREVOYANCE, les caisses de la Mutualité Sociale Agricole et d'autres professions de santé, des systèmes de tiers payant peuvent être offerts par d'autres professions de santé (radiologie, analyses médicales, opticiens, soins externes dispensés dans les établissements hospitaliers, ...).

ACCORD DE PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

Objet

En cas d'hospitalisation, votre caisse de Mutualité Sociale Agricole vous délivrera, pour certains établissements, une prise en charge hospitalière.

Dans ce cas, le complément de frais restant à votre charge au-delà des prestations normalement servies par la Mutualité Sociale Agricole, à l'exclusion de tout dépassement d'honoraires et des frais accessoires (suppléments éventuels pour boissons, télévision, téléphone, etc.) est réglé directement à l'établissement, à hauteur des garanties souscrites.

Conditions d'application

Est garantie toute hospitalisation comportant au moins une facturation de 24 heures consécutives.

La prise en charge de toute hospitalisation garantie est limitée aux établissements répondant aux deux conditions suivantes :

- être conventionnés avec la Mutualité Sociale Agricole,
- bénéficier d'accord de tiers payant avec les caisses de Mutualité Sociale Agricole, tant pour les frais de séjour que pour les honoraires.

Formalités administratives

Sur présentation de votre justificatif d'identification, l'établissement hospitalier sollicite la prise en charge auprès de la caisse de MSA.

Lorsque les conditions requises sont remplies, la caisse de Mutualité Sociale Agricole transmet un « bon de prise en charge » à l'établissement hospitalier.

De ce fait, aucune avance de fonds ne vous est demandée dès lors que votre complémentaire frais de santé prend en charge les frais ayant fait l'objet de la demande de dispense d'avance de frais.

7. DÉFINITIONS

I - 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 ;

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 AGR1 Prévoyance.

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 Contrat d'Accès aux Soins (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.

7. DÉFINITIONS

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, appareillages 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 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 REELS :

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 SANTE :

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 »

PLAFOND ANNUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE :

Salaire annuel plafonné utilisé pour le calcul des cotisations sociales de base.

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 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.

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