

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Production agricole

« Régime conventionnel national de frais de santé des
salariés non cadres en Agriculture »

Annexe aux Conditions Générales

EN PARTENARIAT AVEC



AGRI PRÉVOYANCE

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	3
Article 1 Objet	4
Article 2 Champ d'application	4
Article 3 Adhésion au contrat	4
Article 4 Cotisations	4
Article 5 Montant des garanties	4
Article 6 Frais appliqués au contrat	6
Article 7 Les prestations garantie assistance	6
Article 8 Les services du réseau de soins	6

PRÉAMBULE

La présente Annexe aux Conditions Générales a pour objet de préciser le niveau des garanties du socle obligatoire conventionnel conforme à l'Accord national de la production agricole et, le cas échéant, les différentes garanties qui peuvent être choisies en complément par les partenaires sociaux locaux ou l'entreprise, ou à défaut souscrites par le participant.

Ce régime prévoit un socle national minimum conventionnel qui est accordée **à titre obligatoire** aux seuls salariés.

Les partenaires sociaux locaux ou l'entreprise ont la possibilité d'améliorer le socle obligatoire conventionnel en choisissant l'une des 3 garanties optionnelles : « Option n°1 », « Option n°2 » ou « Option n°3 ». A défaut de choix par les partenaires sociaux locaux ou l'entreprise, le participant a la possibilité d'opter à titre facultatif, pour ce renforcement.

L'entreprise permet au participant de couvrir, à titre facultatif, ses ayants droit.

ANNEXE AUX CONDITIONS GÉNÉRALES

Article 1 OBJET

La présente Annexe complète les Conditions Générales de la « Production agricole ».

La présente **Annexe aux Conditions Générales** précise notamment le champ d'application du régime conventionnel national de frais de santé des salariés non cadres en Agriculture, les garanties correspondant au niveau du socle obligatoire conventionnel et aux niveaux renforcés ainsi que le détail des frais appliqués au contrat.

La garantie Assistance et le réseau de soins sont définis aux Articles 6 et 7 de la présente Annexe aux Conditions Générales

Article 2 CHAMP D'APPLICATION

L'entreprise doit relever de l'Accord relatif à la mise en place du régime conventionnel national de frais de santé des salariés non cadres en Agriculture ou d'un accord local, et avoir préalablement complété et signé le Bulletin d'adhésion au présent contrat.

Article 3 ADHESION AU 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 le cas échéant l'Accord collectif dont elle relève, l'entreprise détermine - via le Bulletin d'adhésion - le niveau des garanties et la structure tarifaire de la cotisation.

Les partenaires sociaux locaux ou l'entreprise choisissent le niveau de garanties en adhérant au seul socle obligatoire conventionnel prévu par le régime conventionnel national ou en retenant, pour l'ensemble du groupe assuré la garantie optionnelle «Option n°1», «Option n°2» ou «Option n°3».

Lorsque les partenaires sociaux locaux ou l'entreprise ne choisissent pas à titre obligatoire les garanties optionnelles «Option n°1», «Option n°2» ou «Option n°3», le participant a la possibilité de renforcer ses garanties en optant à titre facultatif pour l'une de ces options.

Si l'entreprise adhérente ou les partenaires sociaux locaux ont choisi les garanties optionnelles «Option n°1» ou «Option n°2» à titre obligatoire, le participant peut choisir d'améliorer son niveau de couverture en demandant son affiliation aux niveaux «Option n°2 ou n°3» ou «Option n°3». Dans ce cas, le niveau de garanties qu'il a choisi s'applique également à ses ayants droit affiliés.

Les partenaires sociaux locaux ou l'entreprise déterminent également la structure tarifaire de la cotisation et permettent au participant d'étendre les garanties à titre facultatif à ses ayants droit.

Article 4 COTISATIONS

Par dérogation à l'Article 3-3 des Conditions Générales, un maintien des taux de cotisations est accordé jusqu'au 31 décembre 2017.

Article 5 MONTANT DES GARANTIES

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale, en pourcentage (ou ratio) du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) ou en euros et comprennent les remboursements du régime de base de la Sécurité sociale.

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

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.

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT RÉGIME DE BASE		REMBOURSEMENT GARANTIES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ (incluant le remboursement du régime de base)			
	MSA Hors Alsace-Moselle	MSA Alsace-Moselle	Socle obligatoire conventionnel	Option 1	Option 2	Option 3
Frais médicaux						
● Honoraires et dépassements d'honoraires des généralistes et spécialistes ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR (non CAS) 170 % BR (CAS)	200 % BR (non CAS) 220 % BR (CAS)	200 % BR (non CAS) 220 % BR (CAS)
● Actes Techniques et dépassements d'honoraires ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR (non CAS) 170 % BR (CAS)	200 % BR (non CAS) 220 % BR (CAS)	200 % BR (non CAS) 220 % BR (CAS)
● Radiologie et dépassements d'honoraires (radio, scanner, IRM...) ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR (non CAS) 170 % BR (CAS)	190 % BR (non CAS) 210 % BR (CAS)	190 % BR (non CAS) 210 % BR (CAS)
● Sages-femmes	70 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
● Auxiliaires médicaux	60 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
● Analyses médicales	60% BR ou 100% BR	90% BR à 100% BR	100 % BR	120 % BR	180 % BR	180 % BR
● Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	-	-	-	15 € / 4 séances / an / bénéficiaire	30 € / 4 séances / an / bénéficiaire	30 € / 4 séances / an / bénéficiaire
● Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 € / an / bénéficiaire	0 € à 150 € / an / bénéficiaire	0 € à 150 € / an / bénéficiaire	30 € à 180 € / an / bénéficiaire	50 € à 200 € / an / bénéficiaire	50 € à 200 € / an / bénéficiaire
● Actes de prévention ⁽²⁾	35 % BR à 70 % BR	35 % BR à 90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie						
● Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Médicaments à service médical rendu "modéré"	30 % BR	80 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Médicaments à service médical rendu "faible"	15 % BR	15 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	-	-	20 € / an / bénéficiaire	30 € / an / bénéficiaire	40 € / an / bénéficiaire
● Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	-	-	20 € / an / bénéficiaire	30 € / an / bénéficiaire	40 € / an / bénéficiaire
Hospitalisation (conventionné ou non)						
● Frais de séjour	80% BR à 100% BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Honoraires médicaux et chirurgicaux	80% BR à 100% BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Dépassements d'honoraires ⁽³⁾	-	-	100% BR (non CAS) 155 % BR (CAS)	100 % BR (non CAS) 155 % BR (CAS)	100 % BR (non CAS) 250 % BR (CAS)	100 % BR (non CAS) 250 % BR (CAS)
● Forfait Journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
● Forfait actes lourds (18 €) (actes affectés d'un coefficient ≥ 60 ou d'un tarif ≥ 120 €)	-	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
● Chambre particulière						
Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)	-	-	25 € / jour	30 € / jour	40 € / jour	75 € / jour pdt 60 jours maximum / an puis 25 € par jour 80 € / jour
Maternité	-	-	25 € / jour	55 € / jour	80 € / jour	75 € / jour pdt 45 jours / an
Psychiatrie	-	-	25 € / jour	30 € / jour	40 € / jour	50 € / jour pdt 10 jours maximum/an puis 30 € par jour
● Frais accompagnant (moins de 16 ans)	-	-	-	25 € / jour	35 € / jour	50 € / jour pdt 10 jours maximum/an puis 30 € par jour
● Maternité ⁽³⁾	-	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS	2/5 PMSS	2/5 PMSS
● Frais de transport	65 % BR	65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Cure thermique (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65 % BR à 70 % BR	65 % BR à 90 % BR	65 % BR à 90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 150 € / an / bénéficiaire
Dentaire						
● Soins Dentaires	70 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Inlays et Onlays (acceptés par le régime de base)	70 % BR	90 % BR	100 % BR	200 % BR	225 % BR	250 % BR
● Inlay Cores (acceptés par le régime de base)	70 % BR	90 % BR	125 % BR	125 % BR	125 % BR	690 % BR
● Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoportées)	70 % BR	90 % BR	210 % BR + 300 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 360 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 450 € / an / bénéficiaire	+400 € / an / bénéficiaire
● Prothèses dentaires (refusées par le régime de base) [y compris implantologie pour les options 1, 2 et 3]	-	-	-	150 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire
● Parodontologie (refusée par le régime de base)	-	-	-	80 € / an / bénéficiaire	90 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire
● Orthodontie (acceptée par le régime de base)	70 % BR à 100 % BR	90 % BR à 100 % BR	125 % BR	160 % BR	230 % BR	300 % BR
● Orthodontie (refusée par le régime de base)	-	-	-	100 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire
Optique						
● Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verre) ⁽⁴⁾			Tous les 2 ans	Tous les 2 ans	Tous les 2 ans	Tous les 2 ans
● Monture seule	60 % BR	90 % BR	455 % BR	60 % / 90 % BR + 100 €	60 % / 90 % BR + 150 €	60 % / 90 % BR + 150 €
● 2 verres simples classe (a) ⁽⁵⁾	60 % BR	90 % BR	60 % / 90 % BR + 200 €	60 % / 90 % BR + 200 €	60 % / 90 % BR + 300 €	60 % / 90 % BR + 300 €
● 2 verres complexes classe (b) ⁽⁵⁾	60 % BR	90 % BR	60 % / 90 % BR + 200 €	60 % / 90 % BR + 500 €	60 % / 90 % BR + 600 €	60 % / 90 % BR + 600 €
● 2 verres très complexes classe (c) ⁽⁵⁾	60 % BR	90 % BR	60 % / 90 % BR + 200 €	60 % / 90 % BR + 500 €	60 % / 90 % BR + 600 €	60 % / 90 % BR + 600 €
● 1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b) ⁽⁵⁾	60 % BR	90 % BR	60 % / 90 % BR + 200 €	60 % / 90 % BR + 350 €	60 % / 90 % BR + 450 €	60 % / 90 % BR + 450 €
● 1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c) ⁽⁵⁾	60 % BR	90 % BR	60 % / 90 % BR + 200 €	60 % / 90 % BR + 350 €	60 % / 90 % BR + 450 €	60 % / 90 % BR + 450 €
● 1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c) ⁽⁵⁾	60 % BR	90 % BR	60 % / 90 % BR + 200 €	60 % / 90 % BR + 500 €	60 % / 90 % BR + 600 €	60 % / 90 % BR + 600 €
● Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	0 % BR à 60 % BR	0 % BR à 90 % BR	100 % BR + 100 € / an / bénéficiaire	100 % BR + 150 € / an / bénéficiaire	100 % BR + 200 € / an / bénéficiaire	100 % BR + 200 € / an / bénéficiaire
● Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	-	-	-	-	-	300 € / an / bénéficiaire
Prothèses hors dentaire						
● Prothèse auditive (hors entretien)	60 % BR	90 % BR	100 % BR	400 % BR + 200 € / an / bénéficiaire	400 % BR + 200 € / an / bénéficiaire	400 % BR + 200 € / an / bénéficiaire
● Autres prothèses et petit appareillage	60 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
● Gros appareillage	100 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR	285 % BR + 200 € / an (fauteuil roulant)
● Fourniture médicale et pansement	60 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Services associés						
● Assistance	-	-	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
● Réseau de soins optique	-	-	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

BR : Base de Remboursement. CAS : Contrat d'Accès aux Soins. PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. FR : Frais Réels. (1) Le remboursement diffère selon que le médecin est signataire ou non d'un Contrat d'Accès aux Soins (CAS). (2) Tous les actes de prévention (cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-3 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif de frais de santé et pour chaque bénéficiaire. (3) Dans la limite des frais réellement engagés. (4) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles. Verres simples classe (a) : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre ≤ + 4,00 dioptries. Verres complexes classe (b) : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre > + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs. Verres très complexes classe (c) : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries. (5) Y compris forfait monture

AGRI PRÉVOYANCE - Institution de prévoyance régie par le Code rural et de la pêche maritime

Siège social - 21, rue de la Bienfaisance 75 382 Paris cedex 08

Tél. 01 71 21 00 00 – fax 01 71 21 00 01 – www.groupAGRICA.com

Membre du GIE AGRICA GESTION – RCS PARIS n° 493 373 682