banque & assurances

SALARIÉS

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Production agricole

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

Annexe à la Notice d'Information

EN PARTENARIAT AVEC

Groupe AGRICA

AGRI PRÉVOYANCE

SOMMAIRE

PRÉAMBULE **3**

Article 1 Objet 4
Article 2 Champ d'application 4
Article 3 Groupe assuré 4
Article 4 Adhésion au contrat 4
Article 5 Montant des garanties 4
Article 6 Tableau des garanties 4
Article 7 Les prestations de la garantie assistance 6
Article 8 Les services du réseau de soins 6

PRÉAMBULE

La présente Annexe à la Notice d'Information a pour objet de vous préciser le niveau de vos garanties du socle conventionnel obligatoire conforme à l'Accord national de la production agricole 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.

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 optant pour l'un des 3 garanties optionnelles : « Option 1 », « Option 2 » ou « Option 3 ». A défaut de choix par vos partenaires sociaux locaux ou votre entreprise, vous avez la possibilité d'opter à titre facultatif, pour ce renforcement.

Votre entreprise vous propose à titre facultatif de couvrir vos ayants droit.

ANNEXE À LA NOTICE D'INFORMATION

Article 1
OBJET

La présente Annexe complète votre Notice d'Information de la « Production agricole ».

La présente **Annexe à la Notice d'Information** précise notamment les garanties correspondant au niveau du socle conventionnel obligatoire et aux niveaux renforcés de l'Accord national de la production agricole.

La garantie Assistance et le réseau de soins sont définis aux Articles 7 et 8 de la présente Annexe à la Notice d'Information.

Article 2
CHAMP D'APPLICATION

Votre 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, et avoir préalablement complété et signé le Bulletin d'adhésion au présent contrat.

Article 3
GROUPE ASSURÉ

Les bénéficiaires des garanties frais de santé sont les suivants :

1. **vous-même en tant que salarié, sauf si vous êtes titulaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois (auquel cas vous pourrez bénéficier du versement santé sous certaines conditions),**
2. **vos ayants droit définis au Titre 7 de la Notice d'Information, sous réserve que l'Accord collectif dont relève votre entreprise le prévoit et que votre employeur ait choisi de les couvrir à titre obligatoire ou que vous ayez demandé l'extension facultative de vos garanties frais de santé à leur bénéfice.**

Article 4
ADHÉSION AU CONTRAT

Vos partenaires sociaux locaux ou votre entreprise choisissent le niveau de garanties en adhérant au seul socle obligatoire conventionnel prévu par l'Accord collectif national ou en souscrivant, pour l'ensemble du groupe assuré, une garantie optionnelle.

Lorsque vos partenaires sociaux locaux ou votre entreprise ne choisissent pas à titre obligatoire les garanties optionnelles « Option 1 », « Option 2 » ou « Option 3 », vous avez la possibilité de renforcer vos garanties en optant à titre facultatif pour l'une de ces options.

Si votre entreprise ou vos partenaires sociaux locaux ont choisi les garanties optionnelles « Option 1 » ou « Option 2 » à titre obligatoire, vous pouvez choisir d'améliorer votre niveau de couverture en demandant votre affiliation aux options «Option 1» ou « Option 2», « Option 3 ». Dans ce cas, le niveau de garanties que vous avez choisi s'applique également à vos ayants droit affiliés.

Vos partenaires sociaux locaux ou votre entreprise déterminent également la structure tarifaire de la cotisation et vous permettent d'étendre vos garanties à vos ayants droit, soit de manière obligatoire, soit à titre facultatif.

Article 5
MONTANT DES GARANTIES

Les remboursements garantis par votre contrat figurant à l'Article 6 de la présente Annexe à la Notice d'Information.

Article 6
TABLEAU DES GARANTIES

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

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 [1]	-	-	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
Chambre particulière – Maternité	-	-	25 € / jour	55 € / jour	80 € / jour	80 € / jour
Chambre particulière – Psychiatrie	-	-	25 € / jour	30 € / jour	40 € / jour	75 € / jour pdt 45 jours / an
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 thermale (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 + 400 € / an /bénéficiaire
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	
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. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif 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

ANNEXE À LA NOTICE D'INFORMATION

Article 7
LES PRESTATIONS GARANTIE ASSISTANCE

La garantie assistance est assurée par : MONDIAL ASSISTANCE, Société d'Assurance régie par le Code des Assurances.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE (par bénéficiaire et par an)

INFORMATIONS ET SERVICES SANTÉ	
Informations pratiques et juridiques	Inclus
Informations par téléphone pour les adresses des professionnels de santé proches du domicile	Inclus
Recherche d'un professionnel de santé	Inclus
Mise en relation avec un médecin	Inclus
Soutien psychologique en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile	6 entretiens par évènement

ASSISTANCE DE L'ENFANT MALADE (DURÉE MINIMALE DE L'IMMOBILISATION 3 JOURS)	
Garde d'enfant malade ou venue d'un proche	Frais de garde 30 heures ou frais de transport 2 fois par enfant

ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION (DURÉE MINIMALE DE L'HOSPITALISATION 4 JOURS)	
Accompagnement administratif et social	Inclus
Enfants mineurs de moins de 16 ans : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
Ascendants : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 30 heures ou frais de transport 2 fois par an

ASSISTANCE AU RETOUR D'HOSPITALISATION OU EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE (DURÉE MINIMALE DE L'HOSPITALISATION 4 JOURS OU DE L'IMMOBILISATION 10 JOURS)	
Organisation et prise en charge de la venue d'un proche	Frais de transport 2 fois par an
Aide-ménagère	10 heures réparties sur 30 jours 2 fois par an
Recherche et livraison de repas*	1 livraison par jour pendant 15 jours 2 fois par an
Recherche et livraison de médicaments*	6 livraisons par an
Assistance en cas de déplacement en France ou à l'étranger	
Avance de frais médicaux (à l'étranger)	7 500 Euros par évènement
Rapatriement médical (à plus de 100 km du domicile)	Frais de rapatriement par évènement

* garanties non cumulables avec l'aide-ménagère. Services disponibles 7 jours sur 7 - 24 heures sur 24 depuis la France et l'étranger

Article 8
LES SERVICES DU RESEAU DE SOINS

Les services proposés par le réseau de soins sont mis en oeuvre par la société Carte Blanche Partenaires (26 rue Laffitte - 75009 PARIS).

Afin de bénéficier de tarifs encadrés pour réduire votre reste à charge ainsi que celui de vos bénéficiaires et accéder à des équipements de qualité, AGRI PREVOYANCE vous ouvre l'accès au réseau optique Carte Blanche.

Le tiers payant

Ce service vous permet la dispense d'avance des frais sur vos équipements optiques, le contrôle des engagements du professionnel de santé et les flux dématérialisés.

Les applications internet

Carte Blanche met à votre disposition l'annuaire géolocalisé des opticiens partenaires, des conseils prévention et de l'information sur la santé des yeux.

Le réseau des opticiens partenaires

Vous bénéficiez de tarifs encadrés et de services préférentiels en vous rendant chez les professionnels de santé partenaires de Carte Blanche.

A fin mai 2015, le réseau comprend plus de 10.450 opticiens conventionnés.

Chaque opticien partenaire vous propose :

- → le tiers-payant et une demande de prise en charge en temps réel,
- → le respect des tarifs plafonds sur les verres et lentilles,
- → 5% minimum de remise sur la monture,
- → des garanties casse et adaptation sur les équipements.

NOTES

Avril 2017

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

2016/01-AG-0064-SA-CDG | AGRI PREVOYANCE – PRODUCTION AGRICOLE ANNEXE NI SANTÉ ACCORD NATIONAL - 04/2017