

Produit : Accord National des salariés non cadres en agriculture (4 niveaux de couverture : socle, option 1,2 ou 3)

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le régime Frais de Santé est souscrit par l'employeur dans un cadre collectif et obligatoire et proposé pour ses salariés et leurs éventuels bénéficiaires. Il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge des salariés et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité en complément du régime de base (Sécurité sociale ou Mutualité Sociale Agricole). Le présent dispositif respecte les conditions légales des contrats responsables, de la réforme 100% santé.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau. Ils ne peuvent être plus élevés que la dépense engagée et une somme peut rester à la charge du salarié.

Le groupe assuré est constitué de l'ensemble des salariés non cadres de la production agricole.

LES GARANTIES PREVUES AU CONTRAT

✓ Hospitalisation et maternité :

Honoraires chirurgicaux et médicaux (y compris dépassement d'honoraires), forfait journalier hospitalier, forfait actes lourds, forfait patient urgences, frais de séjour, chambre particulière, forfait maternité.

✓ Soins courants :

Consultation généraliste/spécialiste, honoraires paramédicaux, dispositif MonPsy, sages-femmes, analyses et examens de laboratoire, radiologie, médicaments, matériel médical (hors dentaire et auditif), actes de prévention

✓ Aides auditives :

Équipement 100% santé (classe I), aides auditives classe II.

✓ Optique :

Équipement 100% santé (classe A), autres équipements (classe B), lentilles remboursées ou non par le régime de base

✓ Dentaire :

Soins et prothèses 100% santé, soins et prothèses hors 100% santé, inlay onlay hors 100% santé, orthodontie remboursée par le régime de base

✓ Divers :

Cures thermales, transports urgents préhospitaliers (TUPH) et transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base.

Les garanties optionnelles : dépassement honoraires des médecins en hospitalisation, pharmacie et vaccins prescrits non remboursés, sevrage tabagique non remboursé par le régime de base, frais d'accompagnement (enfant - 16 ans), chirurgie réfractive cornéenne de l'oeil, prothèses dentaires non remboursées, implantologie, parodontologie non remboursée par le régime de base, orthodontie non remboursée par le régime de base, médecines douces, forfait thermal complémentaire

Les services :

Réseau de soins

Assistance



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médico-sociaux : maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

Principales exclusions du contrat responsable :

- ! **Participation forfaitaire** sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale
- ! **Franchise** sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux
- ! **Franchise** sur les transports sanitaires
- ! **Minoration du remboursement en cas de non-respect du parcours de soins** (consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant / absence de médecin traitant)

Principales restrictions du contrat responsable :

- ! **Optique** : Prise en charge d'un équipement optique tous les 2 ans, à partir de la date de facturation de l'équipement. Cette période est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018.
- ! **Honoraires médicaux** : Plafonnements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! **Aides auditives** : Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente.

Autres restrictions prévues au contrat :

- Chambre particulière** : (psychiatrie) limitée à 45 jours par an (option 3)
- ! **Frais d'accompagnement** : limité à 10 puis 30 jours par an (option 3)
- ! **Médecine douce** : limite de 1 à 4 séances par an selon l'option choisie



Où suis-je couvert(e) ?

- Les salariés de l'entreprise sont couverts en France.
- Ils sont également couverts à l'étranger. Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement complémentaire est effectué dès lors que le régime de base de la Sécurité sociale française intervient, quelle que soit la dépense engagée.
- L'assistance est accordée en France et à l'étranger (hors clauses particulières au contrat).



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine des sanctions prévues dans la documentation contractuelle

- A la souscription du contrat :

Remplir avec exactitude et signer le bulletin d'adhésion

Affilier l'ensemble des salariés appartenant au groupe assuré

Remettre la notice d'information au salarié contre décharge

Fournir la liste des salariés à assurer et des anciens salariés en portabilité

Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur

- En cours de contrat :

Informers l'assureur en cas de changement de siège social, de coordonnées bancaires, d'activité principale, d'ouverture d'une procédure collective, de toute arrivée ou départ de salariés

Régler la cotisation prévue au contrat

Informers les salariés des modifications apportées à leurs droits et obligations suite à une révision du régime avant la prise d'effet de la modification

Prévenir les salariés lorsqu'ils sortent du groupe assuré des conditions pour lesquelles ils peuvent bénéficier de la portabilité ou du maintien des garanties frais de santé sous forme de contrat individuel

Répondre aux questions de l'assureur ou du délégataire de gestion relatives à l'application du contrat

Fournir à l'assureur les éléments nécessaires à la gestion du contrat santé, notamment les entrées et sorties du personnel

Respecter le dispositif légal de la DSN

- Pour le remboursement des frais de santé :

Il appartient aux salariés et à ses éventuels bénéficiaires de fournir tout document justificatif nécessaire au remboursement des frais de santé.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables aux échéances et selon les modalités prévues au contrat.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date mentionnée au certificat d'adhésion. Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année civile sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions prévus au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation de l'adhésion au contrat par l'entreprise adhérente ou par l'Institution s'effectue au moins deux mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours pour que l'adhésion au contrat cesse de produire ses effets au 31 décembre de cette même année.

Outre cette faculté de résiliation annuelle, l'entreprise adhérente peut, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion, résilier à tout moment le contrat.

La résiliation du contrat prend alors effet un mois calendaire après que l'Institution ait reçu la notification par l'entreprise adhérente.

Les modalités de résiliation annuelle ou infra-annuelle par l'entreprise adhérente sont prévues à l'article L.932-12-2 du Code de la Sécurité sociale.