



Santé

ENTREPRISE

Accord collectif national de la coopération agricole et des industries agroalimentaires

Conditions générales de la coopération agricole



CCPMA PRÉVOYANCE



Groupe AGRICA

Titre 1 —	Dispositions générales du contrat	04
	ARTICLE 1 – 1 OBJET DU CONTRAT	04
	ARTICLE 1 – 2 COMPOSITION DU CONTRAT	04
	ARTICLE 1 – 3 ORGANISMES ASSUREURS	04
	ARTICLE 1 – 4 DÉLÉGATION DE GESTION	04
	ARTICLE 1 – 5 RÉSEAU DE SOINS	04
	ARTICLE 1 – 6 PRESCRIPTION	04
	ARTICLE 1 – 7 RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE	05
	ARTICLE 1 – 8 PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	05
	ARTICLE 1 – 9 RÉCLAMATIONS – MÉDIATION	06
	ARTICLE 1 – 10 FAUSSE DÉCLARATION	06
	ARTICLE 1 – 11 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	07
	ARTICLE 1 – 12 OBLIGATIONS DE L'INSTITUTION	07
	ARTICLE 1 – 13 OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE	07
	ARTICLE 1 – 14 OBLIGATIONS DU PARTICIPANT	07
Titre 2 —	Exécution du contrat	08
	ARTICLE 2 – 1 ADHÉSION AU CONTRAT	08
	ARTICLE 2 – 2 PRISE D'EFFET, DURÉE ET RÉSILIATION DU CONTRAT	08
	ARTICLE 2 – 3 MODIFICATION DU NIVEAU DE GARANTIES DU CONTRAT OU DE LA STRUCTURE TARIFAIRE DE LA COTISATION PAR L'ENTREPRISE	08
	ARTICLE 2 – 4 RÉVISION DU CONTRAT	09
	ARTICLE 2 – 5 GROUPE ASSURÉ	09
	ARTICLE 2 – 6 AFFILIATION ET ADMISSION DANS L'ASSURANCE	09
	ARTICLE 2 – 7 DISPENSES D'AFFILIATION	11
	ARTICLE 2 – 8 DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	11
	ARTICLE 2 – 9 CESSATION DE L'AFFILIATION	12
Titre 3 —	Cotisations	13
	ARTICLE 3 – 1 STRUCTURE TARIFAIRE	13
	ARTICLE 3 – 2 MONTANT DES COTISATIONS	13
	ARTICLE 3 – 3 ÉVOLUTION DES COTISATIONS	13
	ARTICLE 3 – 4 MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS	13
	ARTICLE 3 – 5 DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	14
	ARTICLE 3 – 6 FRAIS APPLIQUÉS AU CONTRAT	14
Titre 4 —	Garantie frais de santé	15
	ARTICLE 4 – 1 ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES	15
	ARTICLE 4 – 2 MONTANT DES GARANTIES	15
	ARTICLE 4 – 3 LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIES	15
	ARTICLE 4 – 4 RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	15
	ARTICLE 4 – 5 CONTRÔLE DES PRESTATIONS	16
	ARTICLE 4 – 6 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES	16
	ARTICLE 4 – 7 CESSATION DES GARANTIES	16
	ARTICLE 4 – 8 PORTABILITÉ DES DROITS	16
	ARTICLE 4 – 9 MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL	17
Annexe 1 —	Définitions	19
Annexe 2 —	Tableau des garanties	24
Annexe 3 —	Champ d'application professionnel	26

Préambule

Les partenaires sociaux signataires de l'accord collectif national relatif à la mise en place des garanties complémentaires santé dans la coopération agricole et dans des branches des industries agroalimentaires ont instauré une couverture minimale, afin que tous les salariés des entreprises entrant dans le champ d'application dudit accord paritaire interbranches bénéficient d'un régime frais de santé.

Par cet accord, les partenaires sociaux ont souhaité permettre aux entreprises de respecter leurs obligations relatives à la généralisation de la complémentaire santé.

CCPMA PRÉVOYANCE est référencé comme organisme assureur de ces garanties, en coassurance avec PREDICA. Ils coassurent les garanties du présent contrat, CCPMA PRÉVOYANCE agissant en qualité d'apériteur.

Ce régime prévoit une couverture conventionnelle obligatoire, appelée « garantie socle », qui est accordée à titre obligatoire aux seuls salariés. L'entreprise peut choisir de couvrir les ayants droit du salarié à titre obligatoire. À défaut, la couverture des ayants droit est également proposée au salarié à titre facultatif.

De la même façon, l'entreprise a la possibilité d'améliorer le socle conventionnel obligatoire en optant pour l'un des deux niveaux de garanties renforcés : garantie intermédiaire ou garantie supérieure. À défaut de choix par l'entreprise, le salarié a la possibilité d'opter lui-même à titre facultatif pour ce renforcement.

Les présentes Conditions générales concernent les contrats souscrits par les coopératives agricoles entrant dans le champ d'application de l'accord.

Titre 1 — Dispositions générales du contrat

ARTICLE 1-1 Objet du contrat

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

L'entreprise doit relever de l'accord collectif national relatif à la mise en place de garanties complémentaires santé dans la coopération agricole et dans des branches des industries agroalimentaires du 18 novembre 2014, dénommé « ACN interbranches » et avoir préalablement complété et signé le Bulletin d'adhésion au présent contrat.

Sont ainsi visées les entreprises entrant dans le champ d'application professionnel défini en Annexe 3 des présentes Conditions générales, dont le siège social est situé en France métropolitaine.

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

ARTICLE 1-2 Composition du contrat

Le contrat se compose de trois parties indissociables :

- les présentes **Conditions générales** définissant l'ensemble des dispositions du contrat et de la garantie santé ;
- le **Bulletin d'adhésion signé par l'entreprise**, dont les dispositions complètent les Conditions générales, valant engagement de l'entreprise de faire bénéficier l'ensemble des salariés appartenant au groupe assuré des garanties du contrat ;
- le **Certificat d'adhésion valant Conditions particulières** signé par l'Institution et confirmant la prise en compte de l'adhésion de l'entreprise.

ARTICLE 1-3 Organismes assureurs

Les garanties santé du contrat sont assurées par CCPMA PRÉVOYANCE, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale (21, rue de la Bienfaisance – 75382 Paris cedex 08), ci-après dénommée « l'Institution »,

et PREDICA, entreprise régie par le Code des assurances (50-56, rue de la Procession – 75015 Paris) immatriculée sous le n° 334.028.123 R.C.S. Paris, au capital de 986 033 325 euros entièrement libérés.

Les garanties santé du contrat sont coassurées par CCPMA PRÉVOYANCE à hauteur de 80 % et PREDICA à hauteur de 20 %. CCPMA PRÉVOYANCE étant l'apôtreur du contrat, celui-ci est régi par le Code de la Sécurité sociale.

En cas de cessation de la coassurance, dans le but de préserver les droits des participants, il est convenu que CCPMA PRÉVOYANCE reprendra l'assurance de la totalité du risque.

CCPMA PRÉVOYANCE et PREDICA sont dénommés ensemble ci-après « les organismes assureurs ».

Les organismes assureurs sont soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), dont le siège se situe 4 place de Budapest, CS92459 – 75436 Paris cedex 09.

ARTICLE 1-4 Délégation de gestion

La gestion administrative des affiliations, 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 relèvent les entreprises adhérentes et les participants.

ARTICLE 1-5 Réseau de soins

Les salariés couverts ainsi que leurs éventuels ayants droit bénéficient des services proposés par le réseau de soins Carte Blanche Partenaires.

Ces services sont mis en œuvre par la société Carte Blanche Partenaires (26, rue Laffitte – 75009 Paris).

ARTICLE 1-6 Prescription

Conformément à l'article L. 932-13 du Code de la Sécurité sociale, toute action relative aux garanties du présent contrat est prescrite, à compter de l'événement qui y donne naissance :

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

—

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

—

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

—

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

—

Il s'agit notamment de :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du Code civil) ;
- une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;
- un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).

La prescription est également interrompue par :

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

ARTICLE 1-7

Recours contre tiers responsable

—

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

—

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

ARTICLE 1-8

Protection des données à caractère personnel

—

Un traitement de données à caractère personnel sera mis en œuvre dans le cadre du présent contrat. L'Institution de Prévoyance est la responsable de ce traitement.

—

Les données que l'Institution traite sont indispensables à la mise en œuvre du présent contrat.

—

Le fondement légal justifiant le traitement des données est soit l'intérêt légitime de l'Institution, soit le respect d'une obligation conventionnelle ou réglementaire.

—

Sont traitées les catégories de données suivantes :

- les coordonnées professionnelles des représentants de l'Entreprise (nom, prénom, numéro de téléphone et e-mail professionnels) ;
- les données d'identification des participants et, s'il y a lieu, des ayants droit et des bénéficiaires (numéro de Sécurité sociale, civilité, nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse postale, numéro de téléphone, e-mail) ;
- les données relatives à leur situation professionnelle ;
- les données relatives aux décomptes des frais médicaux et de soins ;
- dans le respect du secret médical, les données santé communiquées au Médecin conseil de l'Institution ;
- les données bancaires ;
- le cas échéant, le numéro d'identification de l'espace privé du site Internet.

Ces données sont traitées pour les finalités suivantes :

- la gestion de la relation contractuelle et commerciale avec l'Entreprise ;
- la gestion administrative et financière du présent contrat ;
- l'appel des cotisations et le paiement des prestations ;
- la prospection commerciale en vue de la souscription de contrats individuels d'assurance de personnes, améliorant ou complétant les garanties du présent contrat ;
- l'élaboration de statistiques, d'indicateurs de gestion et de qualité ;
- la gestion des éventuelles procédures de médiation ou des procédures précontentieuses et contentieuses ;
- la lutte contre la corruption, le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
- la lutte contre la déshérence ;
- la gestion de l'espace privé du site Internet.

Les destinataires des données sont :

- l'Institution et les services de celle-ci ;
- les personnes qui en raison de leurs fonctions sont habilitées à traiter les données et, notamment, les éventuels mandataires, délégataires de gestion, intermédiaires, réassureurs, coassureurs, distributeurs, les organismes professionnels et organismes assureurs tiers intervenant au présent contrat.

Les données ne font pas l'objet d'un transfert vers des pays tiers n'appartenant pas à l'Union européenne. Si toutefois, elles devaient faire l'objet d'un tel transfert, l'Institution s'engage à l'effectuer en conformité avec la réglementation européenne et nationale relative à la protection des données à caractère personnel.

Les données sont conservées pendant la durée du présent contrat, augmentée de la durée d'archivage et de la durée la plus longue des prescriptions légales.

Dans le cadre du traitement, aucune prise de décision automatisée, y compris le profilage, n'est mise en œuvre.

Les personnes concernées disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, d'opposition, ainsi que du droit à la portabilité et à la communication post-mortem de leurs données.

Elles ont le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Elles peuvent exercer leurs droits en s'adressant au Délégué à la protection des données par courrier électronique à l'adresse : dpo.blf@groupagric.com, ou par courrier postal à l'adresse :

Groupe AGRICA
Direction Déléguée Maîtrise des Risques
21, rue de la Bienfaisance
75382 Paris Cedex 08

ARTICLE 1-9

Réclamations – Médiation

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

- soit par courrier à CCPMA PRÉVOYANCE, service Réclamations, 21, rue de la Bienfaisance, 75382 Paris cedex 08 ;
- soit par courriel sur le site Internet d'AGRICA, www.groupagric.com, en cliquant sur la rubrique « Une question, contactez-nous » puis en précisant le sujet de la demande « Faire une réclamation ».

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

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

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

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

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

ARTICLE 1-10

Fausse déclaration

Les déclarations faites tant par l'entreprise adhérente que par le participant servent de bases aux garanties. L'Institution peut opérer une vérification des données ainsi communiquées.

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

—

Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

ARTICLE 1-11 **Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme**

—

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

—

Dans ce cadre, l'Institution se réserve le droit de demander tout justificatif relatif à l'identification de l'entreprise ou à l'origine des fonds qui lui sont versés.

—

L'Institution procède à nouveau à l'identification de l'entreprise lorsqu'elle a de bonnes raisons de penser que l'identité et les éléments d'identification précédemment obtenus ne sont plus exacts ou pertinents, conformément à l'article R. 561-11 du Code monétaire et financier.

—

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

ARTICLE 1-12 **Obligations de l'Institution**

—

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

ARTICLE 1-13 **Obligations de l'entreprise adhérente**

—

1. À L'ÉGARD DU PARTICIPANT

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

- remettre à chaque participant la Notice d'information établie par l'Institution et prévue à l'article précédent ;

- avertir par écrit les participants des modifications apportées à leurs droits et obligations à la suite d'une révision du régime, au moins 3 mois avant la prise d'effet de la modification ;
- prévenir les participants lorsqu'ils sortent du groupe assuré des conditions dans lesquelles ils peuvent bénéficier de la portabilité et du maintien des garanties sous forme de contrat individuel prévus aux articles 4-7 et 4-8 des présentes Conditions générales.

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

2. À L'ÉGARD DE L'INSTITUTION

L'entreprise adhérente s'oblige :

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

—

L'entreprise adhérente doit respecter le dispositif légal relatif à la Déclaration sociale nominative (DSN).

ARTICLE 1-14 **Obligations du participant**

—

Chaque participant s'oblige :

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

Titre 2 — Exécution du contrat

ARTICLE 2-1 Adhésion au contrat

—
L'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord collectif national relatif à la mise en place de garanties complémentaires santé dans la coopération agricole et dans des branches des industries agroalimentaires ont la faculté d'adhérer au présent contrat.

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

—
L'entreprise détermine la structure tarifaire de la cotisation et choisit de couvrir les ayants droit du participant à titre obligatoire ou à titre facultatif, permettant ainsi au participant d'étendre les garanties à ses ayants droit.

—
L'entreprise choisit également son niveau de garanties en adhérant au seul socle conventionnel obligatoire prévu par l'ACN interbranches correspondant au niveau garantie socle ou en optant pour ce socle renforcé par des garanties complémentaires soit au niveau garantie intermédiaire, soit au niveau garantie supérieure.

—
Lorsque l'entreprise n'adhère pas à titre obligatoire aux niveaux garantie intermédiaire ou garantie supérieure, ces niveaux sont automatiquement souscrits à titre facultatif par l'entreprise. Le participant a ainsi la possibilité de renforcer ces garanties en optant pour l'un de ces niveaux.

—
La mise en place des garanties du socle conventionnel obligatoire ainsi que, le cas échéant, des garanties renforcées (niveaux garantie intermédiaire ou garantie supérieure) et/ou la couverture des ayants droit du salarié à titre obligatoire, doit être formalisée au sein de l'entreprise par l'un des actes prévus à l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale (accord collectif, référendum ou décision unilatérale de l'employeur).

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

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

ARTICLE 2-2 Prise d'effet, durée et résiliation du contrat

1. PRISE D'EFFET

—
Le présent contrat prend effet à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception du bulletin d'adhésion par l'Institution.

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

2. DURÉE

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

3. RÉSILIATION

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

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

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

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

ARTICLE 2-3 Modification du niveau de garanties du contrat ou de la structure tarifaire de la cotisation par l'entreprise

1. MODIFICATION DE LA STRUCTURE TARIFAIRE DE LA COTISATION

—
L'entreprise adhérente a la possibilité de modifier la structure tarifaire de la cotisation.

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

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

2. MODIFICATION DU NIVEAU DE GARANTIES DU CONTRAT

L'entreprise adhérente a la possibilité de modifier le niveau des garanties obligatoires.

—

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

—

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

—

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

ARTICLE 2-4

Révision du contrat

—

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

—

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

—

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

ARTICLE 2-5

Groupe assuré

—

L'entreprise doit obligatoirement affilier l'ensemble de ses salariés justifiant de la condition d'ancienneté prévue à **l'accord ACN interbranches** a minima au socle conventionnel figurant audit accord.

L'entreprise adhérente peut souscrire le niveau garantie intermédiaire ou garantie supérieure soit au bénéfice de l'ensemble du personnel, soit pour une catégorie de personnel (justifiant de cette même ancienneté) définie conformément aux dispositions réglementaires en vigueur et indiquée sur le Bulletin d'adhésion.

L'affiliation prend effet le 1^{er} jour du mois au cours duquel le salarié atteint une ancienneté de 6 mois continue dans l'entreprise.

ARTICLE 2-6

Affiliation et admission dans l'assurance

—

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

1. AFFILIATION AUX GARANTIES OBLIGATOIRES SOUSCRITES PAR L'ENTREPRISE

Doivent être obligatoirement affiliés aux garanties souscrites par l'entreprise les salariés présents et futurs appartenant au groupe assuré tel que défini à l'article 2-5 des présentes Conditions générales, ainsi que, le cas échéant, leurs ayants droit (en fonction de la structure tarifaire retenue).

Affiliation des participants

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

- à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat, lorsque l'intéressé est inscrit sur les registres du personnel et qu'il fait partie du groupe assuré au sens de l'article 2-5 ;
- à compter de la date à laquelle il entre dans le groupe assuré, lorsqu'il est engagé postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat.

L'affiliation du participant s'effectue au moyen du Bulletin d'affiliation adressé à sa caisse de MSA.

Affiliation obligatoire des ayants droit

Si l'entreprise adhérente a choisi une structure tarifaire avec affiliation obligatoire des ayants droit (**structure tarifaire uniforme, isolé/famille obligatoire ou adulte/enfant obligatoire**), l'ensemble des ayants droit du participant (tels que définis à l'Annexe 1) est obligatoirement affilié au présent contrat.

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

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

L'affiliation des ayants droit s'effectue au moyen du Bulletin d'affiliation selon les mêmes modalités que celles prévues pour le participant.

2. AFFILIATION AUX GARANTIES FACULTATIVES PROPOSÉES PAR L'ENTREPRISE

Affiliation facultative des ayants droit

Si l'entreprise adhérente a choisi une structure tarifaire avec affiliation facultative des ayants droit (**structure tarifaire isolé/famille facultative ou adulte/enfant facultative**), le participant peut demander à l'Institution l'extension de ses garanties frais de santé au bénéfice de ses ayants droit. L'extension des garanties peut être demandée par le participant :

- à la date de prise d'effet de l'affiliation du participant au présent contrat. Les ayants droit sont alors affiliés et admis dans l'assurance en même temps que le participant ;
- en cours d'année, dans les 30 jours qui suivent l'événement en cas de changement dans la situation familiale du participant tel que défini à l'Annexe 1 ou, en l'absence de changement, sur demande du participant.

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

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

Le participant a la faculté de dénoncer l'extension des garanties à ses ayants droit :

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

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

Affiliation aux niveaux de garanties renforcés

Si l'entreprise adhérente a choisi le niveau garantie socle ou garantie intermédiaire à titre obligatoire, le participant peut choisir d'améliorer son niveau de couverture en demandant son affiliation au niveau renforcé garantie intermédiaire ou garantie supérieure. Dans ce cas, le niveau de garanties qu'il a choisi s'applique également à ses ayants droit affiliés.

L'affiliation à l'un de ces niveaux prend effet :

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

Les garanties de ces niveaux sont accordées moyennant des cotisations additionnelles entièrement à la charge du participant et prélevées directement sur son compte bancaire.

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

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

ARTICLE 2-7

Dispenses d'affiliation

—
Par dérogation au principe d'affiliation obligatoire, les participants se trouvant dans l'une des situations prévues par l'ACN interbranches pourront être dispensés d'affiliation au présent contrat.

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

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

—
Le participant qui ne remplit plus les conditions requises à la dispense d'affiliation doit en informer l'entreprise adhérente. Il doit alors obligatoirement être affilié au présent contrat à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant.

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

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

ARTICLE 2-8

Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

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

1. EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL D'UNE DURÉE SUPÉRIEURE À 1 MOIS CIVIL, AVEC UN MAINTIEN DE SALAIRE TOTAL OU PARTIEL OU VERSEMENT D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES COMPLÉMENTAIRES

Les garanties sont maintenues au participant 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.

—
Ce maintien s'effectue, tant que dure le maintien de salaire total ou partiel, sur les mêmes bases que celles prévues pour les participants exerçant leur activité professionnelle : mêmes prestations et mêmes cotisations (part salariale et part patronale) appelées à l'employeur.

—
Ce maintien d'affiliation s'effectue également tant que dure le versement d'indemnités journalières complémentaires.

—
Lorsque le participant bénéficie, dans le cadre de l'assurance des accidents du travail et maladies professionnelles, d'indemnités journalières ou d'une rente correspondant à un taux d'incapacité au moins égal à 33 %, son employeur et lui-même sont exonérés du versement des cotisations prévues au présent contrat après 6 mois civils continus d'attribution des prestations par le régime de base, et ce, pendant une durée maximale de 1 an.

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

La garantie est suspendue de plein droit lorsqu'aucune rémunération ou aucune indemnité journalière complémentaire n'est versée pour les participants qui sont notamment dans les cas suivants :

- congé sabbatique visé aux articles L. 3142-91 et suivants du Code du travail ;
- congé parental d'éducation visé aux articles L. 1225-47 et suivants du Code du travail ;
- congé pour création d'entreprise visé aux articles L. 3142-78 et suivants du Code du travail ;
- ou tout autre motif de suspension de contrat de travail non rémunéré.

Les garanties du présent contrat pourront être maintenues au participant, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire, sous réserve du paiement intégral des cotisations (part patronale et part salariale) lorsque les 2 conditions suivantes sont remplies :

- absence de versement de salaire par l'entreprise adhérente ;
- suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à 1 mois civil.

—

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

—

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

—

Les garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du présent contrat collectif, sous réserve du paiement intégral par le participant des cotisations (part patronale et part salariale) depuis cette date.

—

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

—

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

- à la date de rupture de son contrat de travail, quel qu'en soit le motif, étant précisé qu'en ce qui concerne le participant bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul emploi-retraite, il s'agit de la date de rupture de son contrat de travail au titre de l'activité cumulée avec sa retraite.

2. DES AYANTS DROIT

Outre les cas de dénonciation prévus à l'article 2-6-2 des présentes Conditions générales, l'affiliation des ayants droit (obligatoire ou facultative) prend fin :

- à la date de cessation de l'affiliation du participant ;
- lorsqu'ils perdent la qualité d'ayant droit au sens de l'Annexe 1 des présentes Conditions générales.

ARTICLE 2-9

Cessation de l'affiliation

—

1. DU PARTICIPANT

L'affiliation du participant au contrat cesse :

- à la date à laquelle il cesse d'appartenir au groupe assuré, tel que défini à l'article 2-5 des présentes Conditions générales ;

Titre 3 — Cotisations

ARTICLE 3-1 Structure tarifaire

Les garanties du présent contrat sont accordées au participant, et éventuellement à ses ayants droit, moyennant une cotisation selon l'une des cinq structures tarifaires au choix de l'employeur et précisée au bulletin d'adhésion :

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

ARTICLE 3-2 Montant des cotisations

Les garanties du présent contrat sont accordées aux participants et, le cas échéant, à leurs ayants droit, moyennant le paiement de cotisations fixées en euros 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, à savoir, dès que le participant a acquis 6 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise.

Lorsque les garanties sont souscrites à titre obligatoire, ces garanties sont accordées moyennant une répartition des cotisations entre l'employeur et les salariés.

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

Le montant des cotisations est précisé au Barème des cotisations.

La cotisation est due dans son intégralité pour tout mois commencé, notamment en cas d'entrée du participant dans le groupe assuré, de suspension du contrat de travail ou de rupture du contrat de travail en cours de mois.

Les montants de cotisations définis dans le présent régime ont été établis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d'effet. L'engagement de l'Institution est acquis pour autant que ce cadre perdure. Toute évolution ou instauration d'un nouveau cadre législatif de nature à affecter les comptes du régime, par exemple les taxes, contributions ou transferts de charges de toute nature, fera l'objet d'une répercussion sur les taux de cotisations.

ARTICLE 3-3 Évolution des cotisations

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

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

Par dérogation aux alinéas précédents, un maintien des taux de cotisations est accordé jusqu'au 31 décembre 2018.

ARTICLE 3-4 Modalités de paiement des cotisations

→ Pour l'entreprise adhérente

Les cotisations sont dues à compter du 1^{er} jour du mois de l'entrée en vigueur des garanties, tel que précisé à l'article précédent.

Les cotisations sont appelées et recouvrées par la caisse de MSA auprès des entreprises adhérentes,

conjointement aux cotisations sociales de base, dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités que les Assurances sociales agricoles.

—

Le versement des cotisations est de la seule responsabilité de l'entreprise adhérente, qui procède au précompte des cotisations obligatoires.

→ **Pour le participant ayant choisi l'extension des garanties au profit des ayants droit et/ou un renforcement des garanties**

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

ARTICLE 3-5

Défaut de paiement des cotisations

→ **Pour l'entreprise adhérente**

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

—

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

—

À défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance et indépendamment du droit pour l'Institution d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de l'entreprise adhérente et de poursuivre en justice l'exécution du contrat, la garantie peut être suspendue par l'Institution 30 jours après la mise en demeure de l'entreprise adhérente.

—

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

—

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

—

Le contrat non résilié reprend effet à midi, le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de

suspension, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

→ **Pour le participant ayant choisi l'extension des garanties au profit des ayants droit et/ou un renforcement des garanties**

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

—

En cas de mise en demeure restée infructueuse, l'Institution pourra, passé un délai de 40 jours, exclure le participant du renforcement des garanties ou de l'extension des garanties au bénéfice des ayants droit.

—

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

—

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

ARTICLE 3-6

Frais appliqués au contrat

—

Les frais appliqués au présent contrat s'élèvent à 13,50 % des cotisations et se décomposent de la manière suivante :

- 5,00 % au titre des frais d'acquisition ;
- 5,50 % au titre des frais de gestion ;
- 3,00 % au titre des frais d'assurance.

—

Ces frais recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour :

- concevoir les contrats et les commercialiser (charges du réseau commercial, du marketing et commissions des intermédiaires) ;
- souscrire les contrats (encaissement des cotisations, gestion des résiliations et suivi comptable et juridique) ;
- gérer les contrats (remboursements, gestion du tiers payant, information client, services et prestations complémentaires) ;
- constituer la marge de solvabilité du contrat.

—

Ces frais correspondent notamment à toutes les tâches incombant aux organismes assureurs dans le respect des garanties contractuelles.

Titre 4 — Garantie frais de santé

ARTICLE 4-1 Entrée en vigueur des garanties

1. POUR LE PARTICIPANT

Les garanties entrent en vigueur immédiatement, dès la prise d'effet de l'affiliation du participant, conformément aux dispositions de l'article 2-6 des présentes Conditions générales.

2. POUR LES AYANTS DROIT DU PARTICIPANT

Si elles sont souscrites à leur bénéfice, les garanties entrent en vigueur à l'égard des ayants droit immédiatement, dès leur admission dans l'assurance, conformément aux dispositions de l'article 2-6 des présentes Conditions générales.

ARTICLE 4-2 Montant des garanties

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

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

Les remboursements garantis par le présent contrat s'effectuent, poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la classification commune des actes médicaux, dans la limite des frais réellement engagés et **dans les conditions prévues au tableau des garanties figurant à l'Annexe 2 des présentes Conditions générales.**

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 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.

ARTICLE 4-3 Limites et exclusions de garanties

De manière générale, ne sont pas pris en charge :

- les frais engagés au titre d'actes exécutés avant la prise d'effet ou après la cessation des garanties ;
- les frais de santé résultant d'actes qui, bien qu'inscrits à la nomenclature des actes professionnels, ne sont pas pris en charge par le régime de base, sauf exceptions prévues au tableau des garanties figurant à l'Annexe 2 des présentes Conditions générales ;
- les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.

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

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

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

ARTICLE 4-4 Règlement des prestations

Les prestations versées dans le cadre du présent contrat sont réglées directement au participant par la caisse de MSA.

Le présent contrat met à disposition du participant et de ses ayants droit un service de tiers payant (dispense d'avance des frais) sur l'ensemble des garanties prévues par ledit contrat, à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale, conformément aux dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

L'utilisation du tiers payant auprès d'un professionnel de santé est conditionnée à l'acceptation de ce dernier. Pour justifier du tiers payant, l'Institution délivre au

participant une carte complémentaire (sous forme papier) qui devra lui être restituée lorsque le participant cesse de bénéficier dudit contrat.

ARTICLE 4-5 **Contrôle des prestations**

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

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

ARTICLE 4-6 **Étendue territoriale des garanties**

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

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

ARTICLE 4-7 **Cessation des garanties**

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

- la cessation de l'affiliation du participant et/ou de ses ayants droit dans les conditions prévues à l'article 2-9 des présentes Conditions générales ;
- la résiliation du présent contrat par l'entreprise adhérente ou par l'Institution.

ARTICLE 4-8 **Portabilité des droits**

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

—
L'entreprise disposant préalablement à l'entrée en vigueur du présent contrat d'une garantie frais de santé doit, dans un délai de 30 jours suivant la souscription du contrat, informer la caisse de MSA de l'existence des anciens salariés susceptibles d'ouvrir droit à portabilité au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

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

1. BÉNÉFICIAIRES

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

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

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

2. OUVERTURE ET DURÉE DES DROITS À PORTABILITÉ

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

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

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

3. OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE

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

4. OBLIGATIONS DE L'ANCIEN SALARIÉ

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

—

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

—

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

—

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

5. PRESTATIONS

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

—

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

6. CESSATION DE LA PORTABILITÉ

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

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

—

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

ARTICLE 4-9

Maintien des garanties sous forme de contrat individuel

1. AU PARTICIPANT, EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

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

- être bénéficiaire d'une pension de retraite ;
- être privé d'emploi et bénéficiaire 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 leur régime de base obligatoire.

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à l'Institution, au plus tard, 6 mois après la rupture du contrat de travail du participant ou, le cas échéant, de la fin de la période de la portabilité.

—

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

—

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

2. AUX AYANTS DROIT D'UN PARTICIPANT DÉCÉDÉ

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

—

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

—

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

—

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

—

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

—

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

—

Les ayants droit seront exonérés de la cotisation pendant les douze premiers mois civils, à compter du décès.

Annexe 1 — Définitions

1 • DÉFINITIONS DES INTERVENANTS AU CONTRAT

AYANTS DROIT

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

- **le conjoint** : la personne mariée avec le participant et non séparée de corps ou non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée.

Sont assimilés au conjoint :

→ **le cocontractant d'un PACS** : est assimilée 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 (CMU) ;

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

• Changement de situation familiale

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

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

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

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

ENTREPRISE ADHÉRENTE

L'employeur ayant souscrit le présent contrat collectif.

PARTICIPANT

Membre du personnel salarié de l'entreprise adhérente appartenant à la catégorie bénéficiaire définie au contrat.

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 L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM/OPTAM-CO).

FORFAIT ACTES LOURDS

Participation 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'État.

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 PRATIQUES TARIFAIRES MAÎTRISÉES)

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

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

3 • DÉFINITIONS COMPLÉMENTAIRES

—

Les définitions ci-après 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.

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.

FORFAIT

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

FRAIS RÉELS

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

- soit le montant des dépenses effectivement engagées par le bénéficiaire des soins pour ses prestations de santé ; dans ce cas, ce terme est alors synonyme de « dépenses réelles ».
- soit les conditions de remboursement de certains frais ou actes par l'Institution au titre du présent contrat ; lorsque, pour certaines garanties, le présent contrat prévoit une prise en charge aux frais réels, l'Institution

→ calcule le montant de sa prestation en fonction du montant des frais réellement engagés pour les frais ou actes considérés et du montant des prestations en nature servies à ce titre par le régime obligatoire de protection sociale. Toutefois, pour déterminer le montant de la prestation qu'elle doit effectivement verser, l'Institution tiendra également compte de l'application éventuelle de franchises, participations forfaitaires de 1 euro, ainsi qu'en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés, de l'application éventuelle de dépassements d'honoraires pratiqués à ce titre par certains professionnels de santé et/ou majorations de ticket modérateur appliquées à titre de sanction par le régime obligatoire de protection sociale et que la législation sur les complémentaires santé « responsables » lui interdit de prendre en charge.

FRAIS DE SANTÉ

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

HOSPITALISATION

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

MALADIE

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

MATERNITÉ

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

MÉDECIN TRAITANT

Médecin généraliste ou spécialiste choisi par l'assuré social ou par chaque ayant droit âgé de 16 ans ou plus, dont le nom est communiqué à l'organisme gestionnaire du régime obligatoire de protection sociale de chacun des intéressés. Il assure le premier niveau de recours aux soins en prenant directement en charge les soins courants du patient, ainsi qu'une prévention personnalisée. Dans le cadre du parcours de soins, il coordonne les soins et oriente, si besoin est, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient également à jour le dossier médical du patient. Voir également : médecin correspondant, médecin à accès direct autorisé, parcours de soins coordonnés.

MÉDECIN CORRESPONDANT

Médecin intervenant en coordination avec le médecin traitant.

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

MÉDECIN À ACCÈS DIRECT AUTORISÉ

Pour certains actes précisés relevant de leur spécialité, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients âgés de 16 à 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, etc.), 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 remboursés 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 », contrat « solidaire ».

PARTICIPANT

Membre du personnel salarié de l'entreprise adhérente appartenant à la catégorie bénéficiaire définie au contrat.

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 médicosociaux.

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, etc.

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.

Annexe 2 — Tableau des garanties

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

—

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.

—

Il répond également aux exigences du décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats responsables : prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier, planchers et plafonds pour les frais d'optique, plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM/OPTAM-CO).

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT RÉGIME DE BASE		REMBOURSEMENT GARANTIES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ (incluant le remboursement du régime de base)		
	Hors Alsace-Moselle	Alsace-Moselle	Garantie socle	Garantie intermédiaire	Garantie supérieure
Frais médicaux					
● Honoraires de généralistes ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Dépassement d'honoraires des généralistes :					
- Médecins adhérents aux DPTM ⁽⁶⁾	-	-	-	-	120 % BR
- Médecins non adhérents aux DPTM ⁽⁶⁾ , y compris médecins non conventionnés ⁽¹⁾	-	-	-	-	100 % BR
● Honoraires spécialistes, sages-femmes ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Dépassement d'honoraires des spécialistes, sages-femmes et actes techniques :					
- Médecins adhérents aux DPTM ⁽⁶⁾	-	-	25 % BR	60 % BR	120 % BR
- Médecins non adhérents aux DPTM ⁽⁶⁾ , y compris médecins non conventionnés ⁽¹⁾	-	-	5 % BR	40 % BR	100 % BR
● Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60 % BR	90 % BR	125 % BR	125 % BR	125 % BR
● Analyses, examens de laboratoire	de 60 % à 100 % BR	de 90 % à 100 % BR	125 % BR	125 % BR	125 % BR
● Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie	70 % BR	90 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Dépassement d'honoraires radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie :					
- Médecins adhérents aux DPTM ⁽⁶⁾	-	-	25 % BR	50 % BR	75 % BR
- Médecins non adhérents aux DPTM ⁽⁶⁾ , y compris médecins non conventionnés ⁽¹⁾	-	-	5 % BR	30 % BR	55 % BR
● Actes de prévention ⁽²⁾	de 35 % à 70 % BR	de 35 % à 90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Médecines douces : ostéopathie, acupuncture, diététique, étiopathie, chiropraxie, shiatsu, sophrologie, phytothérapie, naturopathie, microkinésithérapie (seules les spécialités listées ci-dessus et réalisées par des praticiens rattachés à une fédération reconnue seront prises en charge).	-	-	-	20 €/séance (limité à 3 séances/an et bénéficiaire)	40 €/séance (limité à 3 séances/an et bénéficiaire)
Pharmacie					
● Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Médicaments à service médical rendu « modéré »	30 % BR	80 % BR	30 % ou 80 % BR	100 % BR	100 % BR
● Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	15 % BR	15 % BR	15 % BR	100 % BR
Hospitalisation (conventionné ou non)					
● Frais de soins et de séjour	80 % ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR
● Honoraires	80 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Dépassement d'honoraires :					
- Médecins adhérents aux DPTM ⁽⁶⁾	-	-	50 % BR	60 % BR	120 % BR
- Médecins non adhérents aux DPTM ⁽⁶⁾ , y compris médecins non conventionnés ⁽¹⁾	-	-	30 % BR	40 % BR	100 % BR
● Chambre particulière en ambulatoire ou avec nuitée	-	-	-	30 €/jour, limité à 60 j./an/bénéficiaire	70 €/j., limité à 60 j./an/bénéficiaire
● Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médicosociaux)	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
● Lit d'accompagnement	-	-	-	15 €/jour, limité à 60 j./an /bénéficiaire	25 €/jour, limité à 60 j./an/bénéficiaire
● Transports remboursés par le régime de base	65 % BR	65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Forfait actes lourds ⁽³⁾	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Optique					
● Équipement (verres + monture)			Remboursement d'un équipement par bénéficiaire tous les 2 ans. Période réduite à 1 an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue		
● Monture + 2 verres simples ⁽⁴⁾			Forfait 150 € dont 50 € maxi. pour la monture	Forfait 200 € dont 80 € maxi. pour la monture	Forfait 300 € dont 110 € maxi. pour la monture
● Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe ⁽⁴⁾	60 % BR	90 % BR	Forfait 180 € dont 50 € maxi. pour la monture	Forfait 250 € dont 80 € maxi. pour la monture	Forfait 450 € dont 110 € maxi. pour la monture
● Monture + 2 verres complexes et/ou très complexes ⁽⁴⁾			Forfait 200 € dont 50 € maxi. pour la monture	Forfait 300 € dont 80 € maxi. pour la monture	Forfait 600 € dont 110 € maxi. pour la monture
● Lentilles remboursées ou non par le régime de base	60 % BR	90 % BR	150 €/an/bénéficiaire	200 €/an/bénéficiaire	300 €/an/bénéficiaire
● Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil	-	-	-	-	400 €/œil
Dentaire					
● Frais de soins	70 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Prothèses dentaires remboursées par le régime de base	70 % BR	90 % BR	180 % BR	225 % BR	420 % BR
● Inlay/onlay	70 % BR	90 % BR	180 % BR	225 % BR	420 % BR
● Inlay core	70 % BR	90 % BR	180 % BR	225 % BR	420 % BR
● Orthodontie remboursée par le régime de base	70 % ou 100 % BR	90 % ou 100 % BR	150 % BR	225 % BR	420 % BR
● Orthodontie non remboursée par le régime de base ⁽⁵⁾	-	-	-	-	300 % BR
Appareillage					
● Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses, y compris prothèses auditives	60 % ou 100 % BR	90 % ou 100 % BR	125 % BR	250 % BR	400 % BR

(1) Pour le non conventionné : remboursement sur la base du tarif d'autorité. (2) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information, liste annexée ci-dessous à la date du 18/11/2014) ; détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccination (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge) ; dépistage de l'hépatite B. (3) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2015). Il est dû par le patient pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 € (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60). (4) Verres simples : sphère simple foyer (sphère comprise entre - 6,00 + 6,00 dioptries) et cylindre inférieur ou égal à + 4,00 dioptries. Verres complexes : verres simple foyer (sphère hors zone de - 6,00 + 6,00 dioptries ou cylindre supérieur à + 4,00 dioptries), verres multifocaux ; verres progressifs. Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries. (5) Orthodontie non remboursée : la base de remboursement utilisée est celle des actes d'orthodontie pris en charge par le régime de base. (6) 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 L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM/OPTAM-Co). Pour les médecins non conventionnés, se référer aux remboursements des dépassements des médecins non adhérents aux DPTM, le remboursement sera calculé sur la base du tarif d'Autorité défini par l'Article L. 162-5-10 du Code de la Sécurité sociale.

Annexe 3 — Champ d'application professionnel

Le champ d'application de l'accord interbranches du 18 novembre 2014 est constitué des branches suivantes :

AU TITRE DES INDUSTRIES ALIMENTAIRES

- CCN 3060 - Meunerie (IDCC 1930)
- CCN 3111 – Industries de la transformation des volailles (IDCC : 1938)
- CCN 3124 – Industries laitières (IDCC : 112)
- CCN 3125 – Industries charcutières (IDCC : 1586)
- CCN 3127 – Industries de produits alimentaires élaborés (IDCC : 1396)
- CCN 3247 – Industries de production des eaux embouteillées, boissons rafraîchissantes sans alcool et des bières (IDCC : 1513)
- CCN 3294 – Pâtes alimentaires sèches et du couscous non préparé (IDCC : 1987)
- CCN 3384 – 5 Branches des industries alimentaires diverses (IDCC : 3109)

AU TITRE DE LA COOPÉRATION AGRICOLE

- CCN 3616 – Coopératives agricoles de céréales, de meunerie, d'approvisionnement, d'alimentation du bétail et d'oléagineux (IDCC : 7002)
- CCN 3607 – Conserves coopératives et SICA (IDCC : 7003)
- CCN 3608 – Coopératives agricoles laitières (IDCC : 7004)
- CCN 3616 – Fleurs, fruits et légumes, pommes de terre : coopératives agricoles, unions de coopératives agricoles et SICA de fleurs, de fruits et légumes et de pommes de terre (IDCC : 7006)
- CCN 3264 – Lin : teillage du lin, coopératives agricoles et SICA (IDCC 7007)
- CCN – Sélection et reproduction animale (IDCC 7021)
- CCN – Entreprises agricoles de déshydratation de la région Champagne-Ardenne (IDCC 8215)
- CCN – Coopératives fruitières fromagères des départements de l'Ain, du Doubs et du Jura (IDCC 8435)
- CCN – Distilleries viticoles (coopératives viticoles (coopératives et unions) et distillation (SICA) (IDCC 7503)

AU TITRE DES PRÉSENTES CONDITIONS GÉNÉRALES,

seules sont visées les entreprises relevant de la branche de la coopération agricole.



