



Santé

**SALARIÉS**

# Accord collectif national de la coopération agricole et des industries agroalimentaires

## Notice d'information de la coopération agricole



**CCPMA PRÉVOYANCE**



**Groupe AGRICA**

<b>Titre 1 —</b>	<b>Dispositions générales du contrat</b>	<b>04</b>
	ARTICLE 1-1 OBJET	04
	ARTICLE 1-2 DURÉE	04
	ARTICLE 1-3 ORGANISMES ASSUREURS	04
	ARTICLE 1-4 DÉLÉGATION DE GESTION	04
	ARTICLE 1-5 RÉSEAU DE SOINS	04
	ARTICLE 1-6 CHOIX DE COUVERTURE PAR VOTRE ENTREPRISE	04
	ARTICLE 1-7 RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE	05
	ARTICLE 1-8 PRESCRIPTION	05
	ARTICLE 1-9 FAUSSE DÉCLARATION	05
	ARTICLE 1-10 PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	06
	ARTICLE 1-11 RÉCLAMATIONS – MÉDIATION	07
	ARTICLE 1-12 BÉNÉFICIAIRES	07
	ARTICLE 1-13 VOS OBLIGATIONS	07
<b>Titre 2 —</b>	<b>Garanties obligatoires souscrites par l'entreprise</b>	<b>08</b>
	ARTICLE 2-1 VOTRE AFFILIATION ET PRISE D'EFFET	08
	ARTICLE 2-2 AFFILIATION OBLIGATOIRE DE VOS AYANTS DROIT ET PRISE D'EFFET	08
	ARTICLE 2-3 MODIFICATION DU NIVEAU DE GARANTIES OU DE LA STRUCTURE TARIFAIRE	09
<b>Titre 3 —</b>	<b>Garanties facultatives proposées au salarié</b>	<b>10</b>
	ARTICLE 3-1 AFFILIATION AUX GARANTIES FACULTATIVES	10
	ARTICLE 3-2 MODALITÉS DE DÉNONCIATION DE LA COUVERTURE DE VOS AYANTS DROIT OU DU NIVEAU DE GARANTIES RENFORCÉ	10
<b>Titre 4 —</b>	<b>Cotisations</b>	<b>11</b>
	ARTICLE 4-1 STRUCTURE TARIFAIRE	11
	ARTICLE 4-2 MONTANT DES COTISATIONS	11
	ARTICLE 4-3 DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	11
<b>Titre 5 —</b>	<b>Dispositions communes à l'ensemble des garanties</b>	<b>13</b>
	ARTICLE 5-1 ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES	13
	ARTICLE 5-2 MONTANT DES GARANTIES	13
	ARTICLE 5-3 LIMITES ET EXCLUSIONS DES GARANTIES	13
	ARTICLE 5-4 RÈGLEMENT DES PRESTATIONS ET CONTRÔLE	13
	ARTICLE 5-5 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES	14
	ARTICLE 5-6 DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	14
	ARTICLE 5-7 CESSATION DE L'AFFILIATION	15
	ARTICLE 5-8 CESSATION DES GARANTIES	15
	ARTICLE 5-9 PORTABILITÉ DES DROITS	15
	ARTICLE 5-10 MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL	17
<b>Titre 6 —</b>	<b>Services de tiers payant</b>	<b>18</b>
	ARTICLE 6-1 DES SERVICES DE TIERS PAYANT SUIVANTS SONT MIS À VOTRE DISPOSITION	
<b>Annexe 1 —</b>	<b>Définitions</b>	<b>19</b>
<b>Annexe 2 —</b>	<b>Tableaux des garanties santé</b>	<b>24</b>
<b>Annexe 3 —</b>	<b>Services du réseau de soins Carte Blanche</b>	<b>26</b>
<b>Annexe 4 —</b>	<b>Vos contacts</b>	<b>27</b>

# Préambule

Les partenaires sociaux signataires de l'accord collectif national relatif à la mise en place de garanties complémentaires frais de 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 et dont le siège social est situé en France métropolitaine 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.

Aussi, les partenaires sociaux ont choisi de référencer CCPMA PRÉVOYANCE comme organisme assureur en coassurance avec PREDICA, CCPMA PRÉVOYANCE agissant en qualité d'apérateur.

Ce régime prévoit une couverture conventionnelle obligatoire appelée « garantie socle », qui est accordée à titre obligatoire aux seuls salariés.

L'entreprise détermine la structure tarifaire de la cotisation et 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.

La présente Notice d'information a pour objet de vous présenter les garanties frais de santé prévues par cet accord.

Elle se compose des titres et des annexes suivants :

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

Les annexes comprennent :

- des définitions relatives à vos garanties ;
- le niveau de vos remboursements santé dans les tableaux de garanties ;
- les informations relatives aux services proposés par le réseau de soins Carte Blanche ;
- vos contacts.

# Titre 1 — Dispositions générales du contrat

## ARTICLE 1-1 Objet

Le régime institué par les partenaires sociaux signataires de l'accord collectif national relatif à la mise en place de garanties complémentaires frais de santé dans la coopération agricole et dans des branches des industries agroalimentaires du 18 novembre 2014, dénommé « ACN interbranches » vous garantit, dans les conditions exposées ci-après, **le remboursement total ou partiel des dépenses de santé** engagées par vous-même, en complétant acte par acte les prestations versées par le régime de base, **dans la limite des frais réellement engagés.**

## ARTICLE 1-2 Durée

Le contrat expire le 31 décembre de son année de souscription et se renouvelle ensuite, le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, par tacite reconduction.

## ARTICLE 1-3 Organismes assureurs

Les garanties santé sont mises en œuvre par CCPMA PRÉVOYANCE (21, rue de la Bienfaisance – 75382 Paris cedex 08) et PREDICA (50-56, rue de la Procession – 75015 Paris), agissant en tant que coassureurs, dans le cadre d'un contrat collectif auquel votre employeur adhère.

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

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

## ARTICLE 1-4 Délégation de gestion

La gestion administrative des adhésions, des affiliations et du recouvrement des cotisations de la garantie obligatoire et des garanties optionnelles ainsi que la gestion du paiement de

toutes les prestations afférentes au présent contrat pour les entreprises de la métropole sont déléguées à la caisse de Mutualité Sociale Agricole (MSA) dont vous relevez.

## ARTICLE 1-5 Réseau de soins

Vous bénéficiez des services proposés par le réseau de soins Carte Blanche Partenaires (26, rue Laffitte – 75009 Paris) figurant en Annexe 3 de la présente Notice d'information.

## ARTICLE 1-6 Choix de couverture par votre entreprise

**1. AU MOMENT DE SON ADHÉSION**, votre entreprise peut choisir de couvrir vos ayants droits en optant soit pour une structure tarifaire avec affiliation obligatoire des ayants droit (uniforme, isolé/famille obligatoire ou adulte/enfant obligatoire), soit pour une structure tarifaire avec affiliation facultative des ayants droit (isolé/famille facultative ou adulte/enfant facultative).

À défaut de choix de structure tarifaire avec affiliation obligatoire de vos ayants droit, l'extension de vos garanties vous est proposée à titre facultatif.

### **2. VOTRE ENTREPRISE CHOISIT ÉGALEMENT LE NIVEAU DE GARANTIES**

en adhérant au seul socle conventionnel obligatoire correspondant au niveau garantie socle ou en optant pour un socle renforcé par des garanties complémentaires, soit le niveau garantie intermédiaire, soit le niveau garantie supérieure.

Le niveau garantie socle est obligatoirement souscrit par votre entreprise pour l'ensemble du personnel dans les conditions définies par l'article 1-12 de la présente Notice.

Le niveau garantie intermédiaire ou garantie supérieure peut être souscrit par votre entreprise, selon son choix, au bénéfice de l'ensemble du personnel ou pour une catégorie de personnel répondant aux exigences de l'article R. 242-1-1 du Code de la Sécurité sociale.

À défaut de souscription par votre entreprise, le niveau garantie intermédiaire ou garantie supérieure vous est proposé à titre facultatif.

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

**ARTICLE 1-7 Recours contre tiers responsable**

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

—  
Les organismes assureurs qui ont versé des prestations à un salarié disposent d'un recours contre l'auteur responsable de cet accident ou de son assureur, afin d'obtenir le remboursement de ces prestations.

—  
Vous devez alors déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident le nom des organismes assureurs en tant que tiers payeurs des prestations.

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

**ARTICLE 1-8 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 deux ans en ce qui concerne l'appel de cotisations ;**
- **par deux ans en ce qui concerne le paiement des prestations.**

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où CCPMA PRÉVOYANCE 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 CCPMA PRÉVOYANCE a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice

contre l'entreprise adhérente, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

—  
En application de l'article L. 932-13-3 du Code de la Sécurité sociale, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci. Elles sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil.

—  
Il s'agit notamment de :

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

—  
La prescription est également interrompue par :

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

**ARTICLE 1-9 Fausse déclaration**

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

—  
CCPMA PRÉVOYANCE peut opérer une vérification des données ainsi communiquées.

—  
Toute déclaration intentionnellement fautive ou incomplète, toute réticence, omission ou inexactitude dans la déclaration du risque entraîne l'application des sanctions prévues par

le Code de la Sécurité sociale, c'est-à-dire, suivant le cas, la nullité de l'assurance ou la réduction des prestations.

—

Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

### ARTICLE 1-10 Protection des données à caractère personnel

—

Un traitement de vos données à caractère personnel sera mis en œuvre dans le cadre du présent contrat. L'Institution 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 données d'identification vous concernant et, s'il y a lieu, ceux de vos ayants droit et de vos bénéficiaires (numéro de Sécurité sociale, civilité, nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse postale, numéro de téléphone, e-mail) ;
- les données relatives à votre situation professionnelle ;
- les données relatives aux décomptes des frais médicaux et de soins ;
- dans le respect du secret médical, les données santé que vous êtes susceptibles de communiquer au Médecin conseil de l'Institution ;
- les données bancaires ;
- le cas échéant, le numéro d'identification de votre espace privé du site Internet.

Ces données sont traitées pour les finalités suivantes :

- 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 votre 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.

—

Vos 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.

—

Vos 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.

—

Vous disposez 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 vos données.

—

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

—

Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant au Délégué à la protection des données par courrier électronique à l'adresse : [dpo.blf@goupagricra.com](mailto:dpo.blf@goupagricra.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 1-11 Réclamations – Médiation

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

- soit par courrier à CCPMA PRÉVOYANCE – Service Réclamations, 21, rue de la Bienfaisance, 75382 Paris cedex 08 ;
- soit par courriel sur le site Internet du Groupe AGRICA ([www.groupagric.com](http://www.groupagric.com)) en cliquant sur la rubrique « Une question, contactez-nous » puis en précisant le sujet de la demande « Faire une réclamation ».

Vous devez préciser votre code client et le domaine concerné (santé).

Dès lors, CCPMA PRÉVOYANCE vous adresse un accusé de réception dans les 10 jours suivant la réception de votre demande et traite votre demande dans un délai maximal de 2 mois.

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

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

## ARTICLE 1-12 Bénéficiaires

Les bénéficiaires des garanties frais de santé sont les suivants :

- **vous-même en tant que salarié, dès lors que vous justifiez d'au moins 6 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise adhérente ;**
- **vos ayants droit définis à l'Annexe 1 de la présente Notice d'information, sous réserve que votre employeur ait choisi de les couvrir à titre obligatoire ou que vous ayez demandé l'extension facultative de vos garanties frais de santé à leur bénéfice.**

## ARTICLE 1-13 Vos obligations

Vous vous obligez :

- 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 CCPMA PRÉVOYANCE et à votre caisse de MSA les renseignements nécessaires à l'établissement de vos droits et obligations soit par l'intermédiaire de votre employeur, soit directement en cas de maintien des garanties sous forme de contrat individuel dans les conditions prévues à l'article 5-10 ;
- à transmettre à votre caisse de MSA le bulletin d'affiliation dûment complété et signé, accompagné des pièces justificatives.

## Titre 2 — Garanties obligatoires souscrites par l'entreprise

### ARTICLE 2-1 Votre affiliation et prise d'effet

#### 1. PRINCIPE

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

Le niveau garantie intermédiaire ou garantie supérieure peut être souscrit par votre entreprise au profit d'une catégorie de personnel répondant aux exigences de l'article R. 242-1-1 du Code de la Sécurité sociale.

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

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

Votre affiliation prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois au cours duquel vous atteignez l'ancienneté de 6 mois définie à l'article 1-12 de la présente Notice d'information.

#### 2. DÉROGATION : CAS DE DISPENSE D'AFFILIATION

**Par dérogation**, vous pouvez choisir de ne pas être affilié aux garanties mises en place à titre obligatoire dans l'entreprise dès lors que vous relevez de l'une des six situations suivantes.

- 1.** Si vous bénéficiez à titre obligatoire d'une assurance complémentaire frais de santé, y compris en qualité d'ayant droit. La dispense d'affiliation cesse en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de cessation de régime obligatoire ou à votre demande.
- 2.** Si vous êtes salarié ou apprenti sous contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois.
- 3.** Si vous êtes salarié ou apprenti sous contrat à durée déterminée d'une durée supérieure à 12 mois et titulaire d'une couverture individuelle frais de santé par ailleurs.
- 4.** Temporairement, si vous bénéficiez de la CMU-complémentaire ou si vous bénéficiez de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du Code de la Sécurité sociale, jusqu'à l'échéance de cette couverture ou de cette aide.

**5.** Si vous êtes salarié ou apprenti à temps partiel dès lors que la cotisation à votre charge est égale ou supérieure à 10 % de votre rémunération brute.

**6.** Si vous bénéficiez, à la mise en place du régime ou de l'embauche si elle est postérieure, d'une assurance individuelle frais de santé. Cette dispense n'est valable que pour la période restant à courir entre la date d'entrée en vigueur du régime collectif ou de votre embauche et la date d'échéance du contrat individuel.

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

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

**Vous devrez produire chaque année ces justificatifs à votre employeur.**

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

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

### ARTICLE 2-2

#### Affiliation obligatoire de vos ayants droit et prise d'effet

Si votre entreprise a choisi une structure tarifaire avec affiliation obligatoire des ayants droit (uniforme, isolé/famille obligatoire ou adulte/enfant obligatoire), l'ensemble de vos ayants droit, tels que définis à l'Annexe 1 de la présente Notice d'information, est obligatoirement affilié au contrat collectif.

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

—

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

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

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

—

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

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

—

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

#### ARTICLE 2-3

### Modification du niveau de garanties ou de la structure tarifaire

—

Votre entreprise a la possibilité de modifier le niveau des garanties obligatoires ou la structure tarifaire de la cotisation en formalisant sa demande auprès de CCPMA PRÉVOYANCE, au plus tard, le 31 octobre, pour une prise d'effet le 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

—

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

—

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

## Titre 3 — Garanties facultatives proposées au salarié

### ARTICLE 3-1 Affiliation aux garanties facultatives

#### 1. AFFILIATION DE VOS AYANTS DROIT AUX GARANTIES

Si votre entreprise a choisi une structure tarifaire avec affiliation facultative de vos ayants droit (isolé/famille facultative ou adulte/enfant facultative), vous pouvez choisir d'étendre vos garanties frais de santé au bénéfice de vos ayants droit. Cette extension des garanties s'applique sur le niveau de garantie santé dont vous bénéficiez vous-même.

Vous pouvez demander la couverture de vos ayants droit :

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

Vos ayants droit sont alors affiliés et admis dans l'assurance à compter de la date de survenance de l'événement, ou en l'absence d'événement, au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant votre demande.

#### 2. AFFILIATION AU NIVEAU RENFORCÉ GARANTIE INTERMÉDIAIRE OU GARANTIE SUPÉRIEURE

Si votre entreprise a choisi le niveau garantie socle ou garantie intermédiaire, vous pouvez choisir d'améliorer votre niveau de couverture en demandant votre affiliation au niveau renforcé garantie intermédiaire ou garantie supérieure. Dans ce cas, le niveau de garanties que vous sélectionnez s'applique également à vos ayants droit affiliés.

Votre affiliation à ces niveaux, prend effet :

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

#### 3. DISPOSITIONS COMMUNES

**Dans tous les cas, vous devez remplir l'imprimé « Bulletin d'affiliation ».**

**Ce bulletin, dûment complété et signé, doit être envoyé à votre caisse de MSA avec les pièces justificatives.**

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

- une copie du livret de famille ;
- le certificat de scolarité ou d'apprentissage des enfants à charge ;
- la carte invalidité, le cas échéant ;

- pour votre conjoint, l'attestation de droits correspondant à la carte Vitale, dans un autre régime de base ;
- le justificatif fiscal en cas de déclaration des ascendants à charge.

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

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

### ARTICLE 3-2

#### Modalités de dénonciation de la couverture de vos ayants droit ou du niveau de garanties renforcé

##### 1. DÉNONCIATION DE LA COUVERTURE DE VOS AYANTS DROIT

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

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

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

##### 2. DÉNONCIATION DU NIVEAU RENFORCÉ (GARANTIE INTERMÉDIAIRE OU GARANTIE SUPÉRIEURE)

Vous avez la faculté de dénoncer annuellement le niveau de garanties renforcé que vous avez choisi, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à votre caisse de MSA, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La dénonciation prend alors effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

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

## Titre 4 —

# Cotisations

### ARTICLE 4-1 Structure tarifaire

Les garanties du contrat vous sont accordées (ainsi qu'à vos ayants droit, le cas échéant), moyennant une cotisation selon cinq structures tarifaires au choix de votre employeur :

- **uniforme** : une cotisation unique obligatoire vous couvrant ainsi que l'ensemble de vos ayants droit, quelle que soit votre situation familiale ;
- **isolé/famille obligatoire** : une cotisation obligatoire, dont le montant varie selon que vous êtes célibataire ou que vous avez au moins un ayant droit ;
- **adulte/enfant obligatoire** : une cotisation obligatoire adulte vous couvrant et, en fonction de votre 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<sup>ème</sup> enfant) ;
- **isolé/famille facultative** : une cotisation obligatoire vous couvrant et, en cas de demande d'extension des garanties à votre initiative, une cotisation additionnelle et unique couvrant l'ensemble de vos ayants droit ;
- **adulte/enfant facultatif** : une cotisation obligatoire adulte vous couvrant et, en cas de demande d'extension des garanties à votre initiative, une cotisation additionnelle pour chaque ayant droit affilié, dont le montant varie selon qu'il s'agit d'un adulte ou d'un enfant (gratuité à partir du 3<sup>ème</sup> enfant).

### ARTICLE 4-2 Montant des cotisations

Les garanties du contrat vous sont accordées (ainsi qu'à vos ayants droit, le cas échéant), moyennant le paiement de cotisations fixées en 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

Les cotisations sont dues dans leur intégralité pour tout mois commencé, notamment en cas d'affiliation en cours de mois, de suspension ou de rupture de votre contrat de travail en cours de mois.

#### 1. GARANTIES OBLIGATOIRES SOUSCRITES PAR VOTRE ENTREPRISE

Les garanties obligatoires sont accordées moyennant une cotisation répartie entre l'employeur et vous-même. Dans

ce cas, votre part de cotisation est directement précomptée mensuellement sur votre fiche de paie par votre employeur, qui a la responsabilité du versement total des cotisations.

#### 2. GARANTIES FACULTATIVES PROPOSÉES AU SALARIÉ

Les garanties facultatives vous sont accordées moyennant le paiement de l'intégralité de la cotisation additionnelle par vous-même. Ces cotisations sont alors prélevées, mensuellement, directement sur votre compte bancaire.

Le montant des cotisations est précisé au Barème des cotisations.

### ARTICLE 4-3 Défaut de paiement des cotisations

#### 1. DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS OBLIGATOIRES PAR L'ENTREPRISE ADHÉRENTE

En cas de non-paiement des cotisations dans le délai imparti par l'entreprise adhérente, conformément à l'article 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 CCPMA PRÉVOYANCE 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 CCPMA PRÉVOYANCE, 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, votre caisse de MSA informe celle-ci des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

CCPMA PRÉVOYANCE 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.

**2. DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS  
ADDITIONNELLES FACULTATIVES PAR LE PARTICIPANT**

En cas de demande d'affiliation aux garanties facultatives et à défaut de paiement de tout ou partie de la cotisation dans les 10 jours qui suivent l'échéance mensuelle, votre caisse de MSA vous adresse par lettre recommandée avec accusé de réception une mise en demeure de procéder au paiement de la cotisation.

—

En cas de mise en demeure restée infructueuse, CCPMA PRÉVOYANCE pourra, passé un délai de 40 jours, vous exclure du renforcement du niveau de vos garanties et/ou de l'extension de vos garanties au bénéfice de vos ayants droit.

—

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

—

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

## Titre 5 — Dispositions communes à l'ensemble des garanties

### ARTICLE 5-1 Entrée en vigueur des garanties

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

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

### ARTICLE 5-2 Montant des garanties

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

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

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

—  
Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale ou en euros. Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, c'est-à-dire du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre.

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

### ARTICLE 5-3 Limites et exclusions des garanties

—  
**De manière générale, ne sont pas pris en charge :**

- les frais engagés au titre d'actes exécutés avant la prise d'effet ou après la cessation des garanties ;

- les frais de santé résultant d'actes qui, bien qu'inscrits à la nomenclature des actes professionnels, ne sont pas pris en charge par le régime de base, sauf exceptions prévues aux tableaux des garanties figurant à l'Annexe 2 de la présente Notice d'information ;
- les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.

### ARTICLE 5-4 Règlement des prestations et contrôle

#### 1. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

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

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

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

—  
Pour les frais de prothèses dentaires et d'optique, vous devez adresser une facture détaillée à votre caisse de MSA. En cas de non-utilisation de la Carte Vitale, les démarches pour obtenir vos remboursements sont les suivantes.

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

- envoyez votre (leur) feuille de soins à votre caisse de MSA ;
- vous recevrez sur un même décompte le remboursement de base de la MSA et le remboursement complémentaire de CCPMA PRÉVOYANCE.

→ **Pour votre conjoint ou concubin, vos enfants et ascendants à charge affiliés à la MSA** et qui possèdent leur propre carte d'assuré social :

- notez en plus sur la feuille de soins votre numéro de Sécurité sociale ;
- envoyez leur feuille de soins à votre caisse de Mutualité Sociale Agricole.

→ **Pour votre conjoint ou concubin et vos enfants à charge affiliés aux autres régimes de Sécurité sociale que la MSA (Sécurité sociale, Sécurité sociale étudiante, autres régimes de base) :** un système d'échange d'informations entre la MSA et les autres régimes de base obligatoires (CPAM...) permet à votre caisse de MSA d'effectuer le remboursement complémentaire sans intervention de votre part.

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

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

## 2. CONTRÔLE

En cas de suspicion de fraude aux prestations, CCPMA PRÉVOYANCE 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, CCPMA PRÉVOYANCE se réserve le droit de récupérer toutes prestations qui vous en aurait été indûment réglées.

### ARTICLE 5-5

## 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 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 5-6

## Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

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

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

Les garanties vous sont maintenues à compter du premier jour du mois qui suit votre 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.

**Exonération de cotisations :** lorsque vous bénéficiez, 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 %, votre employeur et vous-même êtes exonérés du versement des cotisations prévues au contrat après 6 mois civils continus d'attribution des prestations par le régime de base, et ce, pendant une durée maximale d'un 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

Vos garanties sont suspendues de plein droit lorsqu'aucune rémunération ou aucune indemnité journalière complémentaire ne vous est versée, si vous êtes notamment dans une des situations suivantes :

- 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 pourront vous être maintenues, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire, 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 CCPMA PRÉVOYANCE, au plus tard, 1 mois après la cessation de votre affiliation au contrat.

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

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

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

—  
À défaut d'information auprès de CCPMA PRÉVOYANCE par votre entreprise concernant votre situation de suspension de contrat de travail, le versement de prestations complémentaires frais de santé durant cette période impliquera le paiement intégral des cotisations correspondantes par votre employeur et vous-même.

#### ARTICLE 5-7

### Cessation de l'affiliation

#### 1. POUR VOUS-MÊME

Vos garanties obligatoires et facultatives cessent :

→ à la date à laquelle vous cessez d'appartenir au groupe assuré ;

→ à la date de rupture de votre contrat de travail, étant précisé que si vous bénéficiez des dispositions légales applicables en matière de cumul emploi-retraite, il

s'agit de la date de rupture de votre contrat de travail au titre votre activité cumulée avec votre retraite. À cette date, vous pourrez, sur demande expresse, contracter aux conditions de souscription et aux tarifs en vigueur un contrat proposé à titre individuel dans les conditions définies à l'article 5-10 de la présente Notice d'information.

#### 2. POUR VOS AYANTS DROIT

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

→ dès que vous cessez d'être au service de votre entreprise, pour quelque cause que ce soit ;

→ dès qu'ils perdent la qualité d'ayant droit tel que défini à l'Annexe 1 de la présente Notice d'information.

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

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

#### ARTICLE 5-8

### Cessation des garanties

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

→ la cessation de votre affiliation et/ou celle de vos ayants droit dans les conditions prévues à l'article 5-7 de la présente Notice d'information ;

→ ou la résiliation du présent contrat par l'entreprise adhérente ou par CCPMA PRÉVOYANCE.

#### ARTICLE 5-9

### Portabilité des droits

—  
En cas de cessation de votre contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, vous pouvez bénéficier du maintien des garanties frais de santé prévue au présent contrat en application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, et ce, pour toute notification de rupture intervenue à compter de la date d'effet du 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 votre 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 de la garantie frais de santé vous est acquis sans versement de cotisation durant la période de portabilité, le financement de ce maintien étant inclus dans la cotisation des actifs.

### 1. BÉNÉFICIAIRES

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

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

—

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

### 2. OUVERTURE ET DURÉE DES DROITS À PORTABILITÉ

En tant qu'ancien salarié, vous avez acquis la possibilité de vous voir ouvrir, sous conditions, des droits à prestations frais de santé au titre de la portabilité, à compter de la date de rupture effective de votre contrat de travail.

—

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

—

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

### 3. OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE ENVERS LES ORGANISMES ASSUREURS

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

### 4. OBLIGATIONS DE L'ANCIEN SALARIÉ ENVERS LES ORGANISMES ASSUREURS

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

—

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

—

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

—

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

### 5. PRESTATIONS

Les prestations qui vous sont accordées au titre de la portabilité sont identiques à celles définies par le présent contrat pour les salariés en activité.

Toute modification de ces prestations intervenant au cours de votre période de portabilité vous est applicable.

### 6. CESSATION DE LA PORTABILITÉ

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

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

—

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

## ARTICLE 5-10 **Maintien des garanties sous forme de contrat individuel**

### 1. EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

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

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

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à CCPMA PRÉVOYANCE, au plus tard, 6 mois après la date de cessation des garanties du contrat.

Les garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du présent contrat collectif, sous réserve du paiement par vos soins des cotisations depuis cette date. 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. EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès, en application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « **loi Évvin** », CCPMA PRÉVOYANCE proposera à vos ayants droit couverts avant votre décès, dans les 2 mois suivant la date de cessation des garanties, le

maintien de leur couverture correspondant au niveau des garanties et à la structure tarifaire choisie à titre obligatoire par votre entreprise dans le cadre d'une adhésion à un **contrat individuel**, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire.

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

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à CCPMA PRÉVOYANCE, au plus tard, 6 mois après la date de cessation de la garantie du contrat.

Les garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du présent contrat collectif, sous réserve du paiement des cotisations depuis cette date. 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 de votre décès.

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

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

## Titre 6 — Services de tiers payant

### ARTICLE 6-1 Des services de tiers payant suivants sont mis à votre disposition

#### 1. PHARMACIE

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

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

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

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

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

- en cas de résiliation du contrat, à la suite de la dénonciation de l'accord « ACN inter Branches » du 18 novembre 2014 ou à la suite de changement d'organisme assureur ;
- en cas d'utilisations abusives répétées du système ;
- si vous ne remplissez plus les conditions d'ouverture des droits requis au titre de la Mutualité Sociale Agricole obligatoire dont vous relevez ;
- en tout état de cause, en cas de départ de l'entreprise.

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

#### 2. AUTRES PROFESSIONS DE SANTÉ

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

#### 3. ACCORD DE PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

##### Objet

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

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

##### Conditions d'application

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

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

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

##### Formalités administratives

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

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

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

# 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 participant, 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** : les enfants à charge du participant ou de son conjoint, tels que définis ci-dessus.

→ tous les enfants âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du régime de base du participant ou de son conjoint ;

→ 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 CCPMA Prévoyance.

### CHANGEMENT DE SITUATION FAMILIALE

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

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

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

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

### 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 remboursé normalement, sans application de sanctions. Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un régime obligatoire de protection sociale âgés de plus de 16 ans. Est considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés, le patient qui :

- consulte en premier lieu le médecin traitant qu'il a déclaré auprès du régime obligatoire de protection sociale dont il bénéficie (ou son remplaçant)
- consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant » auquel il a été adressé par son médecin traitant.

Un patient est considéré comme étant toujours dans le parcours de soins, lorsque se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique de son lieu de résidence habituelle, ainsi que prévu à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, il consulte un autre médecin que son médecin traitant.

Lorsqu'un patient ne respecte pas le parcours de soins coordonnés, le remboursement du régime obligatoire de protection sociale est alors diminué à titre de sanction. Cette différence n'est pas remboursée par les complémentaires santé « responsables ».

Voir également : médecin traitant, médecin correspondant, médecin à accès direct autorisé, contrat « responsable », contrat « solidaire ».

**PARTICIPANT**

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

**PLAFOND ANNUEL DE LA SECURITE SOCIALE**

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

**RÉGIME OBLIGATOIRE DE PROTECTION SOCIALE**

Régime obligatoire de Sécurité sociale ou Mutualité Sociale Agricole ou tout autre régime spécial légalement obligatoire de garanties sociales de salariés, et éventuellement le régime de Sécurité sociale des travailleurs non salariés pour le conjoint, partenaire ou concubin du participant, ou le régime de la Sécurité sociale des étudiants pour les enfants à charge.

**SOINS DE VILLE**

Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou 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 — Tableaux des garanties santé

---

Les prestations du 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
<b>Frais médicaux</b>					
● Honoraires de généralistes <sup>(1)</sup>	70 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Dépassement d'honoraires des généralistes :					
- Médecins adhérents aux DPTM <sup>(6)</sup>	-	-	-	-	120 % BR
- Médecins non adhérents aux DPTM <sup>(6)</sup> , y compris médecins non conventionnés <sup>(1)</sup>	-	-	-	-	100 % BR
● Honoraires spécialistes, sages-femmes <sup>(1)</sup>	70 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Dépassement d'honoraires des spécialistes, sages-femmes et actes techniques :					
- Médecins adhérents aux DPTM <sup>(6)</sup>	-	-	25 % BR	60 % BR	120 % BR
- Médecins non adhérents aux DPTM <sup>(6)</sup> , y compris médecins non conventionnés <sup>(1)</sup>	-	-	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 <sup>(6)</sup>	-	-	25 % BR	50 % BR	75 % BR
- Médecins non adhérents aux DPTM <sup>(6)</sup> , y compris médecins non conventionnés <sup>(1)</sup>	-	-	5 % BR	30 % BR	55 % BR
● Actes de prévention <sup>(2)</sup>	de 35 % à 70 % BR	de 35 % à 90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Médecines douces : ostéopathie, acupuncture, diététique, étio-pathie, chiropractie, shiatsu, sophrologie, phytothérapie, naturopathie, micro kinésithérapie (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)
<b>Pharmacie</b>					
● 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
<b>Hospitalisation (conventionné ou non)</b>					
● 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 <sup>(6)</sup>	-	-	50 % BR	60 % BR	120 % BR
- Médecins non adhérents aux DPTM <sup>(6)</sup> , y compris médecins non conventionnés <sup>(1)</sup>	-	-	30 % BR	40 % BR	100 % BR
● Chambre particulière en ambulatoire ou avec nuitée	-	-	-	30 €/jour, limité à 60 j./an/bénéficiaire	70 €/jour, 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 <sup>(3)</sup>	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
<b>Optique</b>					
● 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 <sup>(4)</sup>			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 <sup>(4)</sup>	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 <sup>(4)</sup>			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
<b>Dentaire</b>					
● 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 <sup>(5)</sup>	-	-	-	-	300 % BR
<b>Appareillage</b>					
● 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 — Services du réseau de soins Carte Blanche

---

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

---

### **LE TIERS PAYANT**

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

### **LES APPLICATIONS INTERNET**

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

### **LE RÉSEAU DES OPTICIENS PARTENAIRES**

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

À fin mai 2015, le réseau comprend plus de 10 450 opticiens conventionnés.

Chaque opticien partenaire vous propose :

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

---

## Annexe 4 — Vos contacts

---

### **1. POUR TOUS RENSEIGNEMENTS OU QUESTIONS RELATIVES À LA GARANTIE :**

- sa mise en place
- son amélioration
- l'extension des garanties à la famille
- son maintien à la suite de la suspension ou de la rupture du contrat de travail

Contactez le centre de clientèle de votre région  
[www.groupagric.com](http://www.groupagric.com)

### **2. POUR TOUTES QUESTIONS RELATIVES À VOS PRESTATIONS SANTÉ :**

Contactez votre caisse de MSA

---

