



Groupama
la vraie vie s'assure ici

ENTREPRISE

REGIME FRAIS DE SANTE Production agricole

Conditions Générales

Agri Prevoyance



SOMMAIRE

TITRE	1	PREAMBULE	4
TITRE	2	DISPOSITIONS GENERALES DU CONTRAT	5
ARTICLE	2.1	Objet du contrat	5
ARTICLE	2.2	Composition du contrat	5
ARTICLE	2.3	Organismes assureurs	5
ARTICLE	2.4	Délégation de gestion	5
ARTICLE	2.5	Réseau de soins	5
ARTICLE	2.6	Prescription	6
ARTICLE	2.7	Recours contre tiers responsable	6
ARTICLE	2.8	Protection des données à caractère personnel	6
ARTICLE	2.9	Réclamations -Médiation	7
ARTICLE	2.10	Fausse déclaration	7
ARTICLE	2.11	Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	7
ARTICLE	2.12	Obligations de l'institution	8
ARTICLE	2.13	Obligations de l'entreprise adhérente	8
ARTICLE	2.14	Obligations du participant	8
ARTICLE	2.15	Loi applicable et juridiction	8
TITRE	3	EXECUTION DU CONTRAT	9
ARTICLE	3.1	Adhésion au contrat	9
ARTICLE	3.2	Prise d'effet, Durée et Résiliation du contrat	9

	ARTICLE	3.3	Modification du niveau de garanties du contrat ou de la structure tarifaire de la cotisation par l'entreprise	10
	ARTICLE	3.4	Révision du contrat	10
	ARTICLE	3.5	Affiliation et admission dans l'assurance	10
	ARTICLE	3.6	Dispenses d'affiliation	11
	ARTICLE	3.7	Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail	12
	ARTICLE	3.8	Cessation de l'affiliation	12
TITRE	4		COTISATIONS	13
	ARTICLE	4.1	Structure tarifaire	13
	ARTICLE	4.2	Montant des cotisations	13
	ARTICLE	4.3	Évolution des cotisations	13
	ARTICLE	4.4	Modalités de paiement des cotisations	14
	ARTICLE	4.5	Défaut de paiement des cotisations	14
TITRE	5		GARANTIE FRAIS DE SANTE	15
	ARTICLE	5.1	Entrée en vigueur des garanties	15
	ARTICLE	5.2	Montant des garanties	15
	ARTICLE	5.3	Limites et exclusions de garanties	16
	ARTICLE	5.4	Contrôle des prestations	16
	ARTICLE	5.5	Étendue territoriale des garanties	16
	ARTICLE	5.6	Cessation des garanties	16
TITRE	6		PORTABILITÉ DES DROITS	17
	ARTICLE	6.1	Maintien des garanties sous forme de contrat individuel	18
TITRE	7		DÉFINITIONS	19

TITRE 1

PREAMBULE

Les partenaires sociaux signataires de l'Accord collectif national relatif à la mise en place d'une protection sociale complémentaire en Agriculture ont instauré, le 10 juin 2008, une couverture minimale afin que tous les salariés des entreprises entrant dans le champ d'application dudit Accord bénéficient d'un **régime frais de santé**.

L'Accord précité a fait l'objet de révisions par avenants n°1 du 6 janvier 2009, n°2 du 26 juin 2009, n°3 du 9 juillet 2013, n°4 du 15 septembre 2015, n°5 du 28 septembre 2016 et n°6 du 17 avril 2018.

AGRI PREVOYANCE est référencé comme organisme assureur de ces garanties.

L'Accord collectif national définit ainsi un socle de garanties conventionnelles obligatoires qui a vocation à s'appliquer à l'ensemble des salariés non cadres de la production agricole.

Au-delà de ce socle, les entreprises ou les partenaires sociaux locaux peuvent mettre en place des garanties définies nationalement ou localement.

Certains partenaires sociaux locaux pourront maintenir les accords existants sans entrer dans la mutualisation nationale, dès lors que les régimes demeurent supérieurs.

Les présentes Conditions Générales et leur Annexe qui les complète et le cas échéant y déroge, définissent les couvertures en matière de complémentaire frais de santé des salariés non cadres dans les secteurs de la production agricole, tant au niveau national, qu'aux autres niveaux d'un champ professionnel et/ou territorial plus restreint.

Les Conditions Générales exposent les dispositions communes à l'ensemble des contrats, chaque Annexe précisant le niveau du socle obligatoire conventionnel et, le cas échéant, des différentes garanties qui peuvent être choisies en complément par les partenaires sociaux locaux ou l'entreprise, ou à défaut souscrites par les salariés.

TITRE 2

DISPOSITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT

ARTICLE 2.1

Objet du contrat

Le présent contrat est un contrat collectif ayant pour objet de garantir, à l'ensemble des salariés appartenant au **groupe assuré** tel que défini au **Bulletin d'adhésion**, 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 qui adhère au présent contrat est dénommée ci-après « entreprise adhérente » et le salarié affilié est appelé « participant ».

ARTICLE 2.2

Composition du contrat

Le contrat se compose de 4 parties indissociables :

- les présentes **Conditions Générales** définissant l'ensemble des dispositions communes du contrat et de la garantie santé, ainsi que les règles de souscription et de gestion ;
- l'**Annexe aux Conditions Générales** précisant le champ d'application de l'accord concerné, le groupe assuré, ainsi que les niveaux des garanties du socle obligatoire conventionnel et, le cas échéant, des garanties optionnelles choisies en complément ;
- 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 2.3

Organismes assureurs

La garantie « Santé » du contrat est assurée par :

AGRI PREVOYANCE, Institution de prévoyance, régie par les dispositions de l'article L.727-2 du code rural et de la pêche maritime et du livre IX du code de la Sécurité sociale, (21, rue de la Bienfaisance- 75382 PARIS cedex 08), ci-après dénommée « l'Institution ».

Le contrat est régi par le code de la Sécurité sociale.

AGRI PREVOYANCE est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe 4, Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

La garantie assistance est assurée par un organisme assureur régi par le Code des assurances dont le nom et les coordonnées figurent à l'**Annexe aux Conditions Générales**.

ARTICLE 2.4

Délégation de gestion

La gestion administrative des affiliations, du recouvrement des cotisations de la garantie obligatoire et des garanties optionnelles pour les entreprises de la métropole sont déléguées à la caisse de Mutualité Sociale Agricole (MSA) dont relèvent les entreprises adhérentes et les participants.

La gestion du paiement de toutes les prestations afférentes au présent contrat est déléguée à la Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricole désignée au certificat d'adhésion remis par l'Institution.

ARTICLE 2.5

Réseau de soins

Les salariés couverts ainsi que leurs éventuels ayants droit bénéficient des services proposés par le réseau de soins défini à l'**Annexe aux Conditions Générales**.

ARTICLE 2.6**Prescription**

Conformément à l'article L932-13 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 2.7**Recours contre tiers responsable**

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, les organismes assureurs sont subrogés jusqu'à concurrence des dites 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...), il doit, sous peine de perdre ses droits aux garanties, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident le nom de l'Institution étant que tiers payeur.

ARTICLE 2.8**Protection des données à caractère personnel**

Un traitement des données à caractère personnel sera mis en oeuvre 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 oeuvre 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, e-mails 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 des participants ;
- 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 éventuelles 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 oeuvre.

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@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 2.9

Réclamations -Médiation

En cas de désaccord persistant concernant le contrat et en dehors de toute demande de renseignement ou d'avis, il est possible d'adresser une réclamation :

- soit par courrier au siège de l'Institution, service Réclamations, {{institution_adresse}} ;
- soit par courriel sur le site Internet du Groupe AGRICA (www.groupagricra.com) en cliquant sur la rubrique :

« Contactez-nous » puis en sélectionnant le motif "Réclamation" dans la partie « Sujet de votre demande ».

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

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

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

Par la 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 Cambacérés, 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 2.10

Fausse déclaration

Les déclarations faites, tant par l'entreprise adhérente que par le participant, servent de base 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 la nullité de l'assurance ou la réduction des prestations.

Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

ARTICLE 2.11

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 L561-1 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 R561-11 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 2.12**Obligations de l'institution**

En application de la Directive sur la distribution d'assurances et de son ordonnance de transposition du 16 mai 2018, préalablement à l'adhésion de l'entreprise, l'Institution lui transmet :

- l'IPID (document d'information précontractuelle sur le produit d'assurance) : document d'information présentant les caractéristiques essentielles du contrat, notamment le(s) risque(s) couvert(s), les exclusions de garanties, les obligations de l'entreprise adhérente, les modalités de résiliation, la territorialité des garanties (...);

- les informations d'ordre général concernant l'Institution de prévoyance afin d'assurer une meilleure transparence vis à vis de l'entreprise adhérente. Ces informations portent notamment sur l'identité de l'Institution, l'adresse du siège social, la qualité d'institution de prévoyance, les procédures de réclamation-médiation, la nature de la rémunération perçue par le personnel distributeur au titre de la distribution du contrat. L'Institution informe l'entreprise adhérente en cas d'évolution des informations relatives à la rémunération ainsi qu'en cas de paiements postérieurs autres que les cotisations en cours et les versements prévus.

- la fiche conseil exprimant le besoin de l'entreprise adhérente, et les arguments justifiant l'adéquation entre les besoins et les garanties proposées.

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

ARTICLE 2.13**Obligations de l'entreprise adhérente****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 suite à une révision du régime 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 « Portabilité des droits » et « Maintien des garanties sous forme de contrat individuel » 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.

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 devra respecter le dispositif légal relatif à la Déclaration Sociale Nominative (DSN). Pour la gestion du présent contrat, l'entreprise adhérente s'engage, notamment, à compléter la dite déclaration des données de paramétrage transmises par la caisse de MSA.

ARTICLE 2.14**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 des garanties optionnelles ;
- 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 « Maintien des garanties sous forme de contrat individuel ») ;
- à transmettre à la caisse de MSA le bulletin d'affiliation dûment complété et signé, accompagné des pièces justificatives.

ARTICLE 2.15**Loi applicable et juridiction**

Le présent contrat ainsi que les relations précontractuelles sont régies par la loi française à laquelle les parties déclarent se soumettre. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

La langue française est utilisée pour le présent contrat.

TITRE 3

EXECUTION DU CONTRAT

ARTICLE 3.1

Adhésion au contrat

L'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application défini à l'Annexe aux Conditions Générales ont la faculté d'adhérer au présent contrat.

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

En fonction de ce que prévoit l'Accord collectif dont elle relève, l'entreprise détermine :

- le niveau de garanties en adhérant au seul socle obligatoire conventionnel ou en souscrivant une des garanties optionnelles (telles que définies à l'Annexe aux Conditions Générales). Lorsque l'entreprise n'adhère pas au niveau de garanties le plus élevé qui lui est proposé, le participant a la possibilité d'opter, à titre facultatif, pour un niveau supérieur via son Bulletin d'affiliation.
- la structure tarifaire de la cotisation et choisit, le cas échéant, de couvrir les ayants droit du participant à titre obligatoire, ou permet, à titre facultatif, au participant d'étendre les garanties à ses ayants droit. A défaut de choix de structure tarifaire formalisée par l'entreprise au Bulletin d'adhésion, ce dernier précise la structure qui sera appliquée par défaut.

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 des garanties ainsi que la structure tarifaire choisis.

ARTICLE 3.2

Prise d'effet, Durée et Résiliation du contrat

Prise d'effet

Le présent contrat prend effet à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion. 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.

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.

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 obligatoire conventionnel, des garanties optionnelles et/ou de l'extension des garanties éventuellement souscrites par l'entreprise ou le participant.

ARTICLE 3.3

Modification du niveau de garanties du contrat ou de la structure tarifaire de la cotisation par l'entreprise

Modification du niveau de garanties du contrat

Si l'Annexe aux présentes Conditions Générales prévoit plusieurs niveaux de garanties, l'entreprise adhérente a la possibilité de modifier son niveau des garanties choisi initialement.

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.

En tout état de cause, la modification à la baisse ne pourra jamais être inférieure à celle prévue par le socle conventionnel obligatoire de l'accord dont relève l'entreprise.

Modification de la structure tarifaire

Si l'Annexe aux présentes Conditions Générales prévoit plusieurs structures tarifaires de la cotisation, l'entreprise adhérente a la possibilité de modifier sa structure tarifaire.

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.

ARTICLE 3.4

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 3.5

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.

Affiliation obligatoire

Doivent être obligatoirement affiliés aux garanties souscrites par l'entreprise les salariés présents et futurs appartenant au groupe assuré tel que défini au Bulletin d'Adhésion.

1 - 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 ;
- 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.

2 - Affiliation des ayants droit

Si l'entreprise adhérente a choisi une structure tarifaire avec affiliation obligatoire des ayants droit, l'ensemble des ayants droit du participant (tels que définis au Titre « Définitions » des présentes Conditions Générales) 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 au titre « Définitions », dûment déclaré à la caisse de MSA dans le délai de 30 jours suivant l'événement.

Affiliation facultative

1 - Affiliation aux garanties optionnelles

Si l'entreprise adhérente n'a pas choisi le niveau de garantie le plus élevé à titre obligatoire, le participant peut choisir d'améliorer son niveau de couverture en demandant son affiliation à une garantie optionnelle. Dans ce cas, la garantie optionnelle qu'il a choisie s'applique également, le cas échéant, à ses ayants droit affiliés.

L'affiliation à la garantie optionnelle 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.

La garantie optionnelle est accordée moyennant des cotisations additionnelles entièrement à la charge du participant et prélevées directement sur son compte bancaire.

Le participant a la faculté de dénoncer la garantie optionnelle 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 à une garantie optionnelle par le participant ne peut intervenir au plus tôt qu'à l'expiration d'un délai de 2 ans.

2 - Affiliation des ayants droit

Si l'entreprise adhérente a choisi une structure tarifaire avec affiliation facultative des ayants droit, le participant peut demander à la caisse de MSA l'extension de ses garanties frais de santé au bénéfice de ses ayants droit via son **Bulletin d'affiliation**.

L'extension des garanties au profit des ayants droit 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 le changement de situation familiale du participant tel que défini au Titre « Définitions », 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 « Montant des cotisations » des présentes Conditions Générales.

Le participant a la faculté de dénoncer l'extension des garanties au profit des 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

ARTICLE 3.6

Dispenses d'affiliation

Par dérogation au principe d'affiliation obligatoire, les participants se trouvant dans l'une des situations prévues par l'Accord collectif dont relève l'entreprise pourront être dispensés d'affiliation au présent contrat.

La mise en oeuvre 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. A 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.

Cas particulier du salarié à employeurs multiples : le participant qui travaille régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs cotise au présent régime chez l'employeur auprès duquel il acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier des garanties, et demande à être dispensé auprès des autres.

ARTICLE 3.7

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, pour tout mois civil complet d'absence, 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 :

- sans versement de cotisations pour les garanties obligatoires ;
- sur les mêmes bases que celles prévues pour les participants exerçant leur activité professionnelle s'agissant des garanties souscrites à titre facultatif par le participant : paiement de l'intégralité de la cotisation additionnelle par le salarié.

Ce maintien s'effectue, tant que dure le maintien de salaire total ou partiel ainsi que le versement d'indemnités journalières complémentaires.

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

En l'absence de versement de salaire par l'entreprise adhérente, s'agissant des participants en congé prévu par les dispositions légales, notamment l'un des cas ci-dessous :

- congé sans solde,
- congé sabbatique,

- congé parental d'éducation à plein temps,
- congé pour création d'entreprise,
- congé de solidarité internationale,
- congé de solidarité familiale,
- congé de formation,
- congé d'enseignement ou de recherche,

les garanties obligatoires sont maintenues au participant :

- pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat, sans versement de cotisations obligatoires (les garanties éventuellement souscrites à titre facultatif par le participant restant dues) ;
- après cette période, moyennant le paiement intégral par le participant de l'ensemble des cotisations (part patronale et part salariale).

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.

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.

A 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.

ARTICLE 3.8

Cessation de l'affiliation

du participant

L'affiliation du participant au contrat cesse :

- à la date à laquelle il cesse d'appartenir au groupe assuré, tel que défini au Bulletin d'Adhésion ;
- 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.

des ayants droit

Outre les cas de dénonciation prévus à l'article « Affiliation facultative » des présentes Conditions Générales, l'affiliation des ayants droit prend fin :

- à la date de cessation de l'affiliation du participant ;
- lorsqu'ils perdent la qualité d'ayants droit au sens du Titre « Définitions » des présentes Conditions Générales.

TITRE 4

COTISATIONS

ARTICLE 4.1

Structure tarifaire

Les garanties du présent contrat sont accordées au participant et éventuellement à ses ayants droit, moyennant le paiement d'une cotisation selon la structure tarifaire appliquée par l'employeur.

La ou les structures tarifaires prévues à l'Annexe aux présentes Conditions Générales et proposée(s) à l'employeur figure(nt) au Bulletin d'Adhésion.

L'Annexe aux présentes Conditions Générales peut prévoir une ou plusieurs structure(s) tarifaire(s) parmi les suivantes :

- « **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^{ème} enfant) ;
- « **isolé/famille facultative** » : une cotisation obligatoire couvrant le participant, et en cas de demande d'extension des garanties, une cotisation additionnelle facultative et unique couvrant l'ensemble des ayants droit ;
- « **adulte/enfant facultatif** » : une cotisation obligatoire « adulte » couvrant le participant et, une cotisation additionnelle facultative 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^{ème} enfant).

ARTICLE 4.2

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 pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) ou forfaitairement 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.

Lorsque les garanties sont souscrites à titre obligatoire, ces garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation qui est répartie entre l'employeur et les salariés.

Les garanties souscrites à titre facultatif 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 :

- au prorata du nombre de jours calendaires de présence du participant pour le premier mois de cotisation ;
- et ensuite dans son intégralité pour tout mois commencé.

Les montants de cotisations 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 4.3

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 évolutions des garanties.

ARTICLE 4.4

Modalités de paiement des cotisations

Pour l'entreprise adhérente

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 correspondant au socle obligatoire conventionnel.

Les cotisations devront être versées mensuellement pour les entreprises de plus de 9 salariés et trimestriellement pour les entreprises de 9 salariés au plus.

Elles seront exigibles dès la date maximale de dépôt de la Déclaration sociale nominative (DSN) et doivent réglées au plus tard dans les 15 jours qui suivent.

La caisse de MSA procédera à une régularisation annuelle des cotisations au début de l'exercice suivant, sur la base des éléments fournis mensuellement par l'entreprise adhérente.

Pour le participant ayant choisi l'extension des garanties au profit des ayants droit et/ou une garantie optionnelle.

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

ARTICLE 4.5

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 demeurait 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 une garantie optionnelle

A 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, la caisse de MSA pourra, passé un délai de 40 jours, exclure le participant de la garantie optionnelle ou l'extension des garanties au bénéfice des ayants droit.

En cas de régularisation 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.

TITRE 5

GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 5.1

Entrée en vigueur des garanties

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 « Affiliation et admission dans l'assurance » des présentes Conditions Générales.

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 « Affiliation et admission dans l'assurance » des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 5.2

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 13 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 garanties seront automatiquement révisées dans les conditions et délais fixés par les textes.

A ce titre, il répond à l'ensemble des conditions de prise en charge mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Il respecte en outre les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code.

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 de garanties figurant à l'**Annexe aux Conditions Générales**.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale et/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, sauf exceptions prévues par la réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au tableau de garanties.

Au titre du dispositif du contrat responsable, le présent contrat prend en charge :

- L'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par le régime de base. Cette prise en charge n'est pas obligatoire pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie. Néanmoins, elle peut être prévue au tableau de garanties ;
- La participation forfaitaire pour les actes mentionnés au I de l'article L.160-16 du Code de la sécurité sociale (forfait « actes lourds ») ;
- L'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale, sans limitation de durée, facturé uniquement par les établissements de santé et non par les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées, les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes ...) ;
- L'intégralité des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité pour les équipements du panier de soins 100% santé :
- En optique, à hauteur des prix limites de vente (PLV) des montures et des verres de classe A fixés par la liste des produits et prestations (LPP) ainsi que la prestation d'appairage et le supplément pour les verres avec filtre afférents à hauteur du PLV.
- En audiologie, à hauteur des PLV des aides auditives de classe I fixés par la LPP ;
- Pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté à hauteur des Honoraires Limites de Facturation (HLF) fixés par la convention nationale dentaire du 21 juin 2018.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO), celle-ci s'effectue dans la double limite de 100% de la base de remboursement et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à un des dispositifs susvisés, minoré d'un montant au moins égal à 20% de la base de remboursement.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge d'équipements d'optique médicale (verres et monture) autres que ceux du panier de soins 100% santé, elle doit respecter les périodes définies pour le renouvellement ainsi que les plafonds énoncés à l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale, incluant le ticket modérateur et les remboursements effectués par le régime de base.

La prise en charge des équipements d'optique médicale du panier de soins 100% santé et autres que 100% santé est limitée à un équipement (2 verres et une monture) :

- Par période de deux ans pour les participants et ayants droit âgés de 16 ans et plus ;
- Par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ;
- Par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur

En cas d'acquisition d'un équipement complet, ces périodes de renouvellement s'apprécient à partir de la dernière facturation d'un équipement complet ou du dernier élément de l'équipement pris en charge par le régime de base.

En cas d'acquisition séparée des éléments de l'équipement (monture ou verres), le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation, en cas d'évolution de la vue dans les conditions fixées par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale :

- Le délai de deux ans applicable aux participants et ayants droit âgés de 16 ans et plus est réduit à un an pour l'acquisition d'un équipement complet, sur présentation d'une nouvelle prescription médicale ou sur adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance ;
- Le délai d'un an applicable aux enfants de moins de 16 ans est supprimé pour l'acquisition de verres sur présentation d'une nouvelle prescription médicale.

Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à l'une des situations médicales particulières listées par l'arrêté du 3 décembre 2018.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge de dispositifs médicaux d'aides auditives autres que ceux du panier de soins 100% santé, elle doit respecter la période définie pour le renouvellement ainsi que le plafond énoncés à l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale, incluant le ticket modérateur et les remboursements effectués par le régime de base.

La prise en charge des aides auditives du panier de soins 100% santé et autres que 100% santé est limitée à un équipement tous les quatre ans décomptés à compter de la dernière facturation d'un appareil pris en charge par le régime de base. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

ARTICLE 5.3

Limites et exclusions de garanties

De manière générale, ne sont pas pris en charge :

- **Les frais engagés, au titre d'actes exécutés avant la date d'entrée en vigueur des garanties ou après la cessation des garanties ;**

- **Les frais résultants d'actes qui, bien qu'inscrits à la nomenclature des actes professionnels, ne sont pas pris en charge par le régime de base, sauf cas prévus au tableau de garanties figurant à l'Annexe des Conditions générales ;**
- **Les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), 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

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 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 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 5.6

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 « Cessation de l'affiliation » des présentes Conditions Générales.
- la résiliation du présent contrat par l'entreprise adhérente ou par l'Institution.

TITRE 6

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 la portabilité.

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.

Bénéficiaires

Continuent à bénéficier des garanties frais de santé, qui les couvrirait 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.

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.

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.

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.

A 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 celle-ci intervient au cours de la période de portabilité.

Prestations

Les prestations de la 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.

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 date de la liquidation de la pension d'assurance vieillesse du régime de base, y compris pour inaptitude au travail ;
- 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 6.1

Maintien des garanties sous forme de contrat individuel

Au participant, en cas de rupture du contrat de travail

En application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin », 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 choisie 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 bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- être privés d'emploi et bénéficier d'un revenu de remplacement ;
- être en rupture de contrat de travail et être bénéficiaires 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 six 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. A 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.

Aux ayants droit d'un participant décédé

En application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin », 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 choisie 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. A 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.

TITRE 7

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 séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée, exerçant ou non une activité professionnelle.

Sont assimilés au conjoint :

- **le cocontractant d'un PACS** : est assimilé 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 (C.M.U.);

- tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils se trouvent sous contrat d'apprentissage 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 enfants du participant nés « viables » moins de 300 jours après son décès.

• **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.

2 - Définitions des termes propres au contrat

100% santé

Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable sont remboursés intégralement (remboursement du régime de base obligatoire et de la complémentaire santé) sur des prestations d'optique, dentaire et d'audiologie.

Les contrats de complémentaire santé responsables remboursent obligatoirement la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par le régime de base obligatoire, dans la limite des tarifs plafonnés prédéfinis pour les actes des paniers « 100% santé ».

Les opticiens, les audioprothésistes, les chirurgiens-dentistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100% santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% santé ».

Aides auditives

Appareils améliorant l'audition de la personne qui souffre de déficit auditif. Il existe différents types d'aides auditives : contours d'oreille classiques, contours à écouteur déporté, prothèse intra-auriculaires, lunettes auditives et appareils boîtiers.

Ces aides auditives ne peuvent être délivrées que par des audioprothésistes sur prescription médicale.

Les conditions de remboursement sont révisées dans le cadre de la Réforme 100% Santé et des contrats responsables avec la mise en place de prix limite de vente et une prise en charge intégrale de la part de la sécurité sociale et des organismes complémentaires santé.

Pour les autres types d'aides auditives, non prises en charge dans le panier « 100% santé » le niveau de remboursement dépend du niveau de garantie choisi.

Avant la vente, les audioprothésistes doivent remettre au patient un devis normalisé faisant systématiquement apparaître a minima un équipement de l'offre « 100% santé ».

Synonymes : audioprothèses, prothèses auditives, appareils auditifs

Base de Remboursement

Tarif servant de référence au régime de base pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut dans certaines situations être supérieur à la base de remboursement, par exemple lors d'une consultation auprès d'un médecin de secteur 2.

On distingue :

- Le Tarif de convention (TC) est le tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professionnels de santé conventionnés.
- Le Tarif d'Autorité (TA) est le tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement lorsque le professionnel de santé n'est pas conventionné. Il est très inférieur au tarif de convention.

- Le Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Autres synonymes : Tarif de référence, base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Contrat responsable

Contrat santé répondant à l'ensemble des conditions de prise en charge mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et respectant les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code.

Il encourage le respect du parcours de soins coordonnés reposant sur le choix d'un médecin traitant déclaré auprès de la Sécurité sociale par l'assuré.

Par contre, les dépassements et majorations liés au non-respect du parcours de soins, la participation forfaitaire applicable aux consultations et à certains examens médicaux et les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport ne sont pas remboursés.

Contrat solidaire

Contrat qualifié de « solidaire » par la loi, lorsque l'organisme complémentaire d'assurance maladie ne détermine pas les cotisations de son contrat en fonction de l'état de santé de l'individu couvert, et pour les adhésions ou souscriptions individuelles ne recueille aucune information médicale.

Conventionné/ non conventionné

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession. Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels qui s'engagent à les respecter.

Les frais pris en charge par le régime de base obligatoire et, dans certains cas par le régime complémentaire, varient selon que le professionnel ou l'établissement de santé a passé ou non une convention avec le régime de base obligatoire et se conforme aux conditions et tarifs de facturation prévus par celle-ci.

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 non 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'Etat, ou dont le coefficient est égal ou supérieur à 60.

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.

Frais de séjour

Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses...

En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

Frais réels

Terme qui 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 tiendra également compte de l'application éventuelle de franchises, participation forfaitaire d'un euro ainsi qu'en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés, de l'application éventuelle de dépassement 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 de base obligatoire et que la législation sur les complémentaires santé « responsables » lui interdit de prendre en charge.

Certaines garanties de complémentaire santé prévoient une prise en charge aux frais réels. Dans ce cas, la totalité des dépenses engagées par l'assuré est remboursée, notamment dans le cadre de la réforme 100% Santé. Ces dépenses sont limitées par le prix limite de vente des équipements optiques, des aides auditives et des honoraires limites de vente en dentaire qui doivent être respectés par les professionnels de santé.

Honoraires limites de facturation

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec le régime de base obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ». Progressivement, des honoraires limites de facturation seront appliqués à certaines prothèses dentaires, dont celles contenues dans le panier « 100% santé ».

Honoraires paramédicaux

Professionnels paramédicaux (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues...) dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par le régime de base obligatoire.

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.

Matériel médical

Biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par le régime de base obligatoire.

Il s'agit de matériels d'aide à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles...

Maternité

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

Optam /Optam-Co

Options négociées au niveau national entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins signataires de la Convention médicale de 2016, 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.

Optique

Dispositifs médicaux permettant de corriger des troubles de la vue tels que l'hypermétropie, l'astigmatisme, la myopie ou encore la presbytie. Il s'agit soit de lunettes (deux verres et une monture) soit des lentilles.

Les conditions de remboursement sont révisées dans le cadre de la Réforme 100% Santé et des contrats responsables avec la mise en place de prix limite de vente et une prise en charge intégrale de la part de la sécurité sociale et des organismes complémentaires santé.

L'offre « 100% Santé » n'est pas exclusive : il est possible d'opter pour un équipement « mixte » composé de verres de l'offre « 100% Santé » et d'une monture d'une autre offre, ou inversement.

Pour les autres types d'équipement, non pris en charge dans le panier « 100% santé », le niveau de remboursement dépend du niveau de garantie choisi.

Les opticiens doivent établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% Santé ».

Au-delà des lunettes, la chirurgie réfractive permet également de corriger certains troubles visuels.

Plafond mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS)

Plafond mensuel de la sécurité sociale qui est basé sur un salaire plafonné servant au calcul des cotisations sociales de base. Il peut également être utilisé comme base pour une expression de garanties ou un taux de cotisation. Ce montant est revu annuellement.

Prix Limite de vente

Prix maximum de vente d'un dispositif médical proposé à l'assuré, autrement appelé PLV. On parle également de « tarifs plafonnés ».

La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire est assortie d'un prix limite de vente.

Prothèses dentaires

Prothèses dentaires remplaçant ou consolidant une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types : les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges, les prothèses fixes remboursées (couronne métallique, céramo-métallique, zircone et céramo-céramique) et les prothèses amovibles (« dentiers »).

Les conditions de remboursement sont révisées dans le cadre de la Réforme 100% Santé et des contrats responsables avec la mise en place d'honoraires limites de facturation et une prise en charge intégrale de la part de la sécurité sociale et des organismes complémentaires santé.

Les prothèses dentaires qui n'entrent pas dans le panier de soins « 100% Santé », pouvant également être soumises à des honoraires limites de facturation, sont prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire dans les mêmes conditions.

Le chirurgien-dentiste doit établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% Santé ».

Téléconsultation

Acte de télé médecine qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de pratiquer une consultation à distance pour un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation.

Pour être remboursée par le régime obligatoire de base, la téléconsultation doit être réalisée dans certaines conditions notamment pratiquée par un médecin libéral conventionné dans le respect du parcours de soins coordonnés.

Ticket modérateur

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le régime de base obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire ou d'une franchise).

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 de base obligatoire et/ou les assureurs complémentaires santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient.

Synonyme : dispense d'avance des frais



AGRI PRÉVOYANCE – Institution de prévoyance régie par le code rural et de la pêche maritime, soumise au contrôle de l’Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe 4, Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS Cedex 09 - SIRET - 423 959 295 00035 - Membre du GIE AGRICA GESTION - RCS Paris n°493 373 682 - Siège social - 21 rue de la Bienfaisance 75008 Paris - Tél : 01 71 21 00 00 - Fax 01 71 21 00 01 - www.groupagric.com