



Groupama
la vraie vie s'assure ici

SALARIES

NOTICE D'INFORMATION

**REGIME FRAIS DE SANTE
PRODUCTION AGRICOLE**



**AGRICA
PRÉVOYANCE**
Proches par nature, engagés à vos côtés

SOMMAIRE



TITRE 1	PREAMBULE	5
TITRE 2	DISPOSITIONS GENERALES DU CONTRAT	6
ARTICLE 2.1	Objet	6
ARTICLE 2.2	Durée	6
ARTICLE 2.3	Organismes assureurs	6
ARTICLE 2.4	Réseau de soins	6
ARTICLE 2.5	Choix de couverture par votre entreprise	6
ARTICLE 2.6	Recours contre tiers responsable	7
ARTICLE 2.7	Prescription	7
ARTICLE 2.8	Fausse déclaration	7
ARTICLE 2.9	Protection des données à caractère personnel	7
ARTICLE 2.10	Réclamations – Médiation	8
ARTICLE 2.11	Bénéficiaires	8
ARTICLE 2.12	Vos obligations	8
ARTICLE 2.13	Loi applicable et juridiction	9
ARTICLE 2.14	Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	9
TITRE 3	AFFILIATION OBLIGATOIRE	10
ARTICLE 3.1	Votre affiliation et prise d'effet	10
ARTICLE 3.2	Affiliation obligatoire de vos ayants droit et prise d'effet	10

ARTICLE 3.3	Modification du niveau de garanties ou de la structure tarifaire	11
TITRE 4	AFFILIATION FACULTATIVE ET DENONCIATION	12
ARTICLE 4.1	Affiliation aux garanties optionnelles	12
ARTICLE 4.2	Affiliation de vos ayants droit	12
ARTICLE 4.3	Dispositions communes	12
ARTICLE 4.4	Modalités de dénonciation de la couverture de vos ayants droit ou des garanties optionnelles	13
TITRE 5	COTISATIONS	14
ARTICLE 5.1	Structure tarifaire	14
ARTICLE 5.2	Montant des cotisations	14
ARTICLE 5.3	Défaut de paiement des cotisations	15
TITRE 6	DISPOSITIONS COMMUNES A L'ENSEMBLE DES GARANTIES	16
ARTICLE 6.1	Entrée en vigueur des garanties	16
ARTICLE 6.2	Montant des garanties	16
ARTICLE 6.3	Limites et exclusions des garanties	17
ARTICLE 6.4	Règlement des prestations et contrôle	17
ARTICLE 6.5	Étendue territoriale des garanties	18
ARTICLE 6.6	Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail	18
ARTICLE 6.7	Cessation de l'affiliation	19
ARTICLE 6.8	Cessation des garanties	19
ARTICLE 6.9	Portabilité des droits	19
ARTICLE 6.10	Maintien des garanties sous forme de contrat individuel	20
TITRE 7	SERVICES DE TIERS PAYANT	22

TITRE 8 DEFINITIONS

24

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 2 septembre 2015, n°5 du 28 septembre 2016, n°6 du 17 avril 2018 et n°7 du 22 septembre 2020. Par ce dernier avenant entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2020, les partenaires sociaux ont souhaité réviser ledit Accord et l'adapter aux nouvelles obligations légales et réglementaires.

AGRI PREVOYANCE est référencé comme organisme assureur de ces garanties.

L'Accord 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.

La présente Notice d'Information, complétée par son Annexe, a pour objet de vous présenter vos garanties frais de santé. La Notice d'Information expose les dispositions communes à l'ensemble des garanties, l'Annexe précisant le niveau de vos garanties du socle obligatoire conventionnel et, le cas échéant, les différentes garanties qui peuvent être choisies en complément par vos partenaires sociaux locaux ou votre entreprise, ou à défaut souscrites par vous-même.

La présente Notice d'Information se compose des titres et de son annexe suivants :

- le Titre 2 vous présente les dispositions générales du contrat frais de santé ;
- le Titre 3 vous présente les garanties obligatoires souscrites par l'entreprise ;
- le Titre 4 vous présente les garanties facultatives proposées au salarié ;
- le Titre 5 vous présente les cotisations ;
- le Titre 6 vous présente les dispositions communes à l'ensemble des garanties ;
- le Titre 7 vous présente les services de tiers payant ;
- le Titre 8 comprend les définitions relatives à vos garanties.

TITRE 2

DISPOSITIONS GENERALES DU CONTRAT

ARTICLE 2.1 Objet

La présente notice d'information a pour objet de définir les garanties souscrites par votre employeur. Elles ont pour objet de garantir, **à l'ensemble des salariés** appartenant au groupe assuré, le remboursement total ou partiel des dépenses de santé, en complétant acte par acte les prestations versées par le régime de base obligatoire, **dans la limite des frais réellement engagés**.

ARTICLE 2.2 Durée

Le contrat souscrit par votre employeur expire le 31 décembre de son année de souscription et se renouvelle ensuite, le 1^{er} janvier de chaque année, par tacite reconduction.

ARTICLE 2.3 Organismes assureurs

Les garanties « Santé » sont mises en oeuvre par AGRI PREVOYANCE (21, rue de la Bienfaisance - 75382 PARIS cedex 08), agissant en tant qu'assureur 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** ».

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 gestion administrative des adhésions, des affiliations et du recouvrement des cotisations de la garantie obligatoire et des garanties optionnelles sont déléguées à la caisse de Mutualité Sociale Agricole (MSA) dont vous relevez.

La gestion du paiement de toutes les prestations afférentes au présent contrat est déléguée à la **Caisse Régionale Groupama** désignée au certificat d'adhésion remis par AGRI PREVOYANCE.

ARTICLE 2.4 Réseau de soins

Vous bénéficiez des services proposés par le réseau de soins défini à **l'Annexe à la Notice d'Information**.

ARTICLE 2.5 Choix de couverture par votre entreprise

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

- le niveau de garanties en adhérant au seul socle obligatoire conventionnel ou en souscrivant une des garanties optionnelles.

Lorsque votre entreprise n'adhère pas au niveau de garanties le plus élevé qui lui est proposé, vous avez possibilité d'opter, à titre facultatif, pour un niveau supérieur via votre Bulletin d'affiliation.

• la structure tarifaire de la cotisation et choisit, le cas échéant, de couvrir vos ayants droit à titre obligatoire, ou vous permet, à titre facultatif, d'étendre les garanties à vos ayants droit.

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 2.6

Recours contre tiers responsable

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'Institution est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions du participant, du bénéficiaire ou de leurs 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 le nom de l'Institution et/ou le nom du délégataire de gestion, le cas échéant, en tant que tiers payeurs.

ARTICLE 2.7

Prescription

Toute action relative aux garanties de votre régime est prescrite dans les conditions de l'article L. 932-13 du Code de Sécurité sociale, à compter de l'évènement qui y donne naissance :

- par deux ans en ce qui concerne l'appel des cotisations ;
- par deux ans en ce qui concerne la garantie frais de santé.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance ;
- 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 votre action, celle de l'entreprise adhérente, 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 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 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 2.8

Fausse déclaration

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

AGRI PREVOYANCE peut opérer une vérification des données ainsi communiquées.

Toute déclaration intentionnellement fausse 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 la nullité de l'assurance ou la réduction des prestations.

Les cotisations payées demeurent acquises à AGRI PREVOYANCE.

ARTICLE 2.9

Protection des données à caractère personnel

Un traitement de vos 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 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.

Afin de lutter contre la fraude à l'assurance, des données personnelles pourront être utilisées pour prévenir, détecter et gérer les fraudes quel qu'en soit l'auteur.

Dans le cadre du dispositif de lutte contre la fraude, ces données personnelles peuvent faire l'objet d'un traitement par l'Institution et conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

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 oeuvre.

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@goupagricarica.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 2.10

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 AGRI PREVOYANCE – Service Réclamations, 21 rue de la Bienfaisance, 75382 Paris cedex 08 ;
- soit par courriel sur le site Internet du Groupe AGRICA (www.groupagricarica.com) en cliquant sur la rubrique « Une question, contactez-nous » puis, en précisant le sujet de votre demande « Faire une réclamation ».

Afin que votre demande soit traitée dans les plus brefs délais, vous devez préciser votre code client et le domaine concerné (santé).

Dès lors, AGRI PREVOYANCE vous adresse un accusé de réception dans les 10 jours suivants 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, en cliquant sur la rubrique « Médiateur de la protection sociale » puis en complétant le formulaire de saisine en ligne.



ARTICLE 2.11

Bénéficiaires

Les bénéficiaires des garanties frais de santé sont définis à l'**Annexe à la Notice d'Information**.



ARTICLE 2.12

Vos obligations

Vous vous obligez :

- à accepter le précompte des cotisations et le cas échéant le règlement de l'extension famille et/ou des garanties optionnelles ;
- à fournir à AGRI PREVOYANCE 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 « Maintien des garanties sous forme de contrat individuel »;

- à transmettre à votre caisse de MSA le bulletin d'affiliation dûment complété et signé, accompagné des pièces justificatives.



ARTICLE 2.13

Loi applicable et juridiction

Le contrat souscrit par votre employeur 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 dudit contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

La langue française est utilisée pour ce contrat.



ARTICLE 2.14

Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

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

Dans ce cadre, AGRI PREVOYANCE se réserve le droit de demander tout justificatif relatif à votre identité.

TITRE 3

AFFILIATION OBLIGATOIRE



ARTICLE 3.1

Votre affiliation et prise d'effet

3.1.1 Principe

Sous réserve de remplir les conditions prévues à l'article « Bénéficiaires », vous devez être obligatoirement affilié au contrat collectif souscrit par votre entreprise

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 dès votre entrée dans le groupe assuré tel que défini dans l'Annexe de la présente Notice d'Information.

3.1.2 Dérogation : cas de dispense d'affiliation

Par dérogation au principe d'affiliation obligatoire, vous pouvez choisir de ne pas être affilié aux garanties mises en place à titre obligatoire dans l'entreprise dès lors que vous vous trouvez dans l'une des situations prévues par l'Accord collectif dont relève votre entreprise.

La mise en oeuvre 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^{er} 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 pas 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.

A 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.

Cas particulier du salarié à employeurs multiples : si vous travaillez régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs, vous cotisez au présent régime chez l'employeur auprès duquel vous avez acquis en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier des garanties, et vous demandez à être dispensé auprès des autres.



ARTICLE 3.2

Affiliation obligatoire de vos ayants droit et prise d'effet

Si votre entreprise a choisi une structure tarifaire avec affiliation obligatoire des ayants droit, l'ensemble de vos ayants droit, tels que définis au titre « Définitions » 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 évènement engendrant un changement de votre situation familiale dûment déclaré dans le délai de 30 jours suivant l'évènement.

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 ;
- le justificatif de perception de l'Allocation pour Adulte Handicapé(AAH) ;
- 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 3.3

Modification du niveau de garanties ou de la structure tarifaire

Si l'Accord collectif dont relève votre entreprise prévoit plusieurs niveaux de garanties et/ou plusieurs structures tarifaires de la cotisation, votre entreprise a la possibilité de modifier le niveau des garanties obligatoires et/ou la structure tarifaire de la cotisation en formalisant sa demande auprès de AGRI PREVOYANCE au plus tard le 31 octobre, pour une prise d'effet le 1^{er} 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 4

AFFILIATION FACULTATIVE ET DENONCIATION



ARTICLE 4.1

Affiliation aux garanties optionnelles

En cas de pluralité de niveaux de garanties, si votre entreprise n'a pas choisi le plus élevé à titre obligatoire, vous pouvez choisir d'améliorer votre niveau de couverture en demandant votre affiliation à un niveau renforcé. Dans ce cas, le niveau de garanties que vous avez choisi s'applique également, le cas échéant, 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^{er} jour du mois civil qui suit votre demande, si elle est réalisée à une date ultérieure.



ARTICLE 4.2

Affiliation de vos ayants droit

Si votre entreprise a choisi une structure tarifaire avec affiliation facultative de vos ayants droit, vous pouvez choisir d'étendre vos garanties frais de santé au bénéfice de vos ayants droit via votre **Bulletin d'affiliation**. 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 au titre « Définitions » 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^{er} jour du mois suivant votre demande.



ARTICLE 4.3

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 ;
- le justificatif de perception de l'Allocation pour Adulte Handicapé(AAH) ;
- 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 Régionale Groupama** 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 4.4

Modalités de dénonciation de la couverture de vos ayants droit ou des garanties optionnelles

4.4.1 Dénonciation des garanties optionnelles

Dénonciation annuelle

Vous avez la faculté de dénoncer votre affiliation à la garantie optionnelle que vous avez choisie annuellement, au moins deux mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours pour que votre affiliation à l'option cesse de produire ses effets au 31 décembre de cette même année.

La dénonciation de votre affiliation peut être effectuée selon les modalités prévues à l'article L 932-21-3 du Code de la Sécurité sociale telles que décrites ci-après.

Le cachet de la poste, la date d'expédition du recommandé électronique ou la date figurant sur le récépissé actant de la demande de dénonciation font foi du respect du préavis de deux mois.

Dénonciation infra-annuelle

Outre cette faculté de dénonciation annuelle, vous pouvez, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de signature du bulletin d'affiliation, dénoncer à tout moment votre affiliation à la garantie optionnelle selon les modalités prévues à l'article L.932-21-3 du Code de la Sécurité sociale telles que décrites ci-après.

La dénonciation de l'option prend alors effet un mois calendaire après que l'Institution ait reçu votre notification.

Modalités de dénonciation annuelle ou infra-annuelle

Votre demande de dénonciation peut être effectuée, à votre choix :

- par tout support durable. A cet effet, vous pouvez adresser une lettre « au service résiliation situé au 21 rue de la Bienfaisance, 75382 Paris cedex 08 » ou compléter le formulaire dédié mis à disposition sur votre espace client privé et sécurisé sur le site internet www.groupagricar.com,
- ou par déclaration faite au siège social de l'Institution contre remise d'un récépissé,
- ou par acte extrajudiciaire,
- ou lorsque l'Institution propose la souscription de l'option par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

L'Institution confirme par écrit la réception de votre demande de dénonciation.

En cas de dénonciation, toute nouvelle demande d'affiliation à la garantie optionnelle ne peut intervenir, au plus tôt, qu'à l'expiration d'un délai de deux ans.

4.4.2 Dénonciation de la couverture de vos ayants droit

Dénonciation annuelle

Vous avez la faculté de dénoncer l'extension des garanties à vos ayants droit au moins deux mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours pour que l'extension des garanties à vos ayants droit cesse de produire ses effets au 31 décembre de cette même année.

Vous pouvez dénoncer l'extension des garanties aux ayants droit selon les modalités prévues à l'article L 932-21-3 du Code de la Sécurité sociale telles que décrites ci-après.

Le cachet de la poste, la date d'expédition du recommandé électronique ou la date figurant sur le récépissé actant de la demande de dénonciation font foi du respect du préavis de deux mois.

Dénonciation infra-annuelle

Outre cette faculté de dénonciation annuelle, vous pouvez, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de signature du bulletin d'affiliation, dénoncer à tout moment l'extension des garanties à vos ayants droit selon les modalités prévues à l'article L 932-21-3 du Code de la Sécurité sociale telles que décrites ci-après.

La dénonciation de l'extension des garanties à vos ayants droit prend alors effet un mois calendaire après que l'Institution ait reçu votre notification.

Dénonciation en cas de changement de situation familiale

Vous pouvez dénoncer, en cours d'année, l'extension des garanties à vos ayants droit, selon les modalités prévues à l'article L.932-21-3 du Code de la Sécurité sociale telles que décrites ci-après, en cas de changement de situation familiale dans les 30 jours qui suivent l'événement.

La dénonciation prend alors effet à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit l'événement.

Modalités de dénonciation annuelle, infra-annuelle ou en cas de changement de situation familiale

Votre demande de dénonciation peut être effectuée, à votre choix :

- par tout support durable. A cet effet, vous pouvez adresser une lettre « au service résiliation situé au 21 rue de la Bienfaisance, 75382 Paris cedex 08 » ou compléter le formulaire dédié mis à disposition sur son espace client privé et sécurisé sur le site internet www.groupagricar.com,
- ou par déclaration faite au siège social de l'Institution contre remise d'un récépissé,
- ou par acte extrajudiciaire,
- ou lorsque l'Institution propose la souscription de l'extension des garanties à vos ayants droit par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

L'Institution confirme par écrit la réception de votre demande de dénonciation.

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 deux ans.

TITRE 5

COTISATIONS



ARTICLE 5.1

Structure tarifaire

Les garanties du présent contrat vous sont accordées, ainsi qu'éventuellement à vos ayants droit, moyennant une cotisation selon la structure tarifaire appliquée par votre employeur.

La ou les structure(s) tarifaire(s) prévues à l'accord collectif et proposée(s) à votre employeur figure(nt) au bulletin d'adhésion.

L'accord collectif peut prévoir une ou plusieurs structure(s) tarifaire(s) parmi les suivantes :

- **« 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 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 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^{ème} enfant).



ARTICLE 5.2

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 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

Les cotisations sont dues :

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

▼ 5.2.1 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.

▼ 5.2.2 Extension des garanties au profit de vos ayants droit et/ou garanties optionnelles choisies par vous-même

Ces 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 5.3

Défaut de paiement des cotisations

▼ 5.3.1 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 demeurerait 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 AGRI PREVOYANCE 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 AGRI PREVOYANCE 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.

AGRI PREVOYANCE 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.

▼ 5.3.2 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, AGRI PREVOYANCE pourra, passé un délai de 40 jours, vous exclure de la garantie optionnelle et/ou de l'extension de vos garanties au bénéfice de vos ayants droit.

En cas de régularisation suite à 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 6

DISPOSITIONS COMMUNES A L'ENSEMBLE DES GARANTIES



ARTICLE 6.1

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 « Affiliation obligatoire de vos ayants droit et prise d'effet » et « Affiliation aux garanties optionnelles » de la présente Notice d'Information.

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



ARTICLE 6.2

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 du présent contrat.

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 1er 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.
 - L'intégralité du forfait patient urgences (FPU).
 - 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 planchers et 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 énoncé 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 6.3

Limites et exclusions des garanties

De manière générale, ne sont pas pris en charge :

- Les frais engagés, au titre d'actes exécutés avant la 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 en Annexe à la Notice d'Information ;
- 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 ;
- Le forfait journalier hospitalier des établissements médico-sociaux.

En cas d'assurances cumulatives, les remboursements du régime de base, de l'Institution et de tout autre organisme ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, vous pouvez obtenir le remboursement de ses frais en vous adressant à l'organisme de votre choix. Vous devez faire la déclaration de vos assurances cumulatives. Cette obligation est valable pendant toute la durée de l'affiliation au présent contrat.



ARTICLE 6.4

Règlement des prestations et contrôle

6.4.1 Règlement des prestations

Vos prestations sont réglées **directement par votre Caisse Régionale Groupama**, 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 Régionale Groupama 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 Régionale Groupama. En cas de non utilisation de la Carte Vitale les démarches pour obtenir vos remboursements sont les suivantes :

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

1. Envoyez votre/leur feuille de soins à votre caisse de MSA ;
2. Vous recevrez un décompte GROUPAMA pour les prestations complémentaires.

2- pour votre conjoint/concubin, vos enfants et ascendants à charge affiliés à la MSA et qui possèdent leur propre carte d'assuré social :

1. Envoyez leur feuille de soins à votre caisse de Mutualité Sociale Agricole.
2. Vous recevrez un décompte GROUPAMA pour les prestations complémentaires.

4- pour votre conjoint/concubin et vos enfants à charge affiliés à un régime de Sécurité Sociale autre que la MSA

Un système d'échange électronique d'informations entre votre Caisse de Msa et les autres régimes de Sécurité Sociale permet dans la grande majorité des cas de procéder aux remboursements complémentaires sans intervention de votre part.

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

1. Envoyez la feuille de soins au régime concerné ;
2. 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 ;
3. Le remboursement complémentaire vous sera alors versé.

6.4.2 Contrôle

En cas de suspicion de fraude aux prestations, AGRI PREVOYANCE 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, AGRI PREVOYANCE se réserve le droit de récupérer toutes prestations qui vous auraient été indûment réglées.

ARTICLE 6.5

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 6.6

Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

6.6.1 En cas de suspension de votre contrat de travail indemnisée :

En cas de suspension de votre contrat de travail d'une durée supérieure à 1 mois civil d'arrêt complet, sans versement de cotisations pour les garanties obligatoires, vos garanties ainsi que celles de vos ayants droit inscrits au contrat sont maintenues lorsque :

- Vous bénéficiez du versement d'indemnités journalières complémentaires ou d'une pension ou d'une rente complémentaire pour cause de maladie, accident de la vie privée, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle pris en charge par le régime de base des assurances sociales.
- Vous bénéficiez d'un revenu de remplacement versé par votre employeur, notamment : en cas d'activité partielle, d'activité partielle longue durée ou en cas de congé de reclassement ou de congé de mobilité.

Dans ces situations, s'agissant des garanties souscrites à titre facultatif, la cotisation frais de santé est due dans les mêmes conditions que lorsque vous êtes en activité, pendant toute la période suspension du contrat de travail indemnisée.

6.6.2 En cas de suspension de votre contrat de travail pour une autre cause :

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 vous sont maintenues :

- pendant les 3 premiers mois de votre suspension du contrat, sans versement de cotisations obligatoires (les garanties que vous avez éventuellement souscrites à titre facultatif restant dues) ;

- après cette période, moyennant le paiement intégral par vous-même de l'ensemble des cotisations (part patronale et part salariale).

Pour être recevable, la demande de maintien doit parvenir à AGRI PREVOYANCE au plus tard 1 mois après la cessation de votre affiliation au contrat.

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

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.

A défaut d'information auprès de AGRI PREVOYANCE 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 6.7 Cessation de l'affiliation

▼ 6.7.1 Pour vous-même

Votre affiliation au contrat cesse :

- 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. A 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 « Maintien des garanties sous forme de contrat individuel » de la présente Notice d'Information.

▼ 6.7.2 Pour vos ayants droit

Outre les cas de dénonciation prévus à l'article « Affiliation de vos ayants droit » de la présente notice d'information, les garanties (obligatoires et éventuellement souscrites à titre facultatif) cessent à l'égard de vos ayants droit dans les conditions suivantes :

- dès que vous cessez d'être au service de votre entreprise, quelle qu'en soit la cause,
- dès qu'ils perdent la qualité d'ayant droit, tel que défini au titre « Définitions » de la présente Notice d'Information.

La cotisation du mois au cours duquel l'évènement est intervenu reste due. Dans tous ces cas, **vous devez informer votre caisse de MSA, et retourner votre carte de tiers payant papier à votre Caisse Régionale Groupama.**

ARTICLE 6.8 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 « Cessation de l'affiliation » de la présente notice d'information.
- la résiliation du contrat d'assurance par l'entreprise adhérente ou par AGRI PREVOYANCE.

ARTICLE 6.9 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 contrat souscrit par votre employeur.

L'entreprise disposant préalablement à l'entrée en vigueur du présent contrat, d'une garantie frais de santé doit, dans un délai de trente jours suivant la souscription du contrat, informer votre caisse de MSA de l'existence des anciens salariés susceptibles d'ouvrir droit à la portabilité.

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.

▼ 6.9.1 Bénéficiaires

Vous pouvez continuer à bénéficier de la garantie frais de santé, qui vous couvrirait 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 leur 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.

▼ 6.9.2 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

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

▼ 6.9.3 Obligations de l'entreprise adhérente

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.

▼ 6.9.4 Obligations de l'ancien salarié

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.

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

▼ 6.9.5 Prestations

Les prestations qui vous sont accordées au titre de la portabilités ont 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.

▼ 6.9.6 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 6.10

Maintien des garanties sous forme de contrat individuel

▼ 6.10.1 En cas de rupture du contrat de travail

En application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite **loi « Evin »**, si votre contrat de travail est rompu, AGRI PREVOYANCE 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 choisis 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 bénéficier 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 AGRI PREVOYANCE au plus tard six 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. 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.

▼ 6.10.2 En cas de décès

En cas de décès, en application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite **loi « Evin »**, AGRI PREVOYANCE 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 choisis 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 AGRI PREVOYANCE au plus tard six 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. A défaut, les garanties entrent en vigueur au lendemain de la demande d'adhésion.

Ces garanties sont maintenues pendant une durée minimale de douze 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.

TITRE 7

SERVICES DE TIERS PAYANT

Les services de tiers payant suivants sont mis à votre disposition :

1 - PHARMACIE

• Un service de TIERS PAYANT PHARMACIE qui 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 garanti au titre du contrat. Par ce système, le pharmacien peut délivrer, sans avance de fonds, les médicaments prescrits par un médecin sur ordonnance. Les frais pharmaceutiques correspondants sont réglés directement au pharmacien pour la part obligatoire ainsi que pour la part complémentaire par votre MSA.

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.

La carte de tiers payant devra être restituée à votre Caisse de MSA dans les circonstances suivantes :

- en cas de résiliation du contrat, suite à la dénonciation de l'Accord collectif ou suite au 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 ;
- et 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 AGRI PREVOYANCE, 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, ...).

3 - ACCORD DE PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

• Objet

En cas d'hospitalisation, votre Caisse de MSA 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'accord de tiers payant avec les Caisses de MSA 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 votre Caisse de MSA.

Lorsque les conditions requises sont remplies, la Caisse de MSA 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.

TITRE 8

DEFINITIONS

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 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'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 Complémentaire Santé Solidaire (C.S.S.)

- 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 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 la Caisse de MSA.

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'évènement 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% SANTE

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 à 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.

CONVENTIONNE/NON CONVENTIONNE

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.

CURE THERMALE

Séjour dans un centre thermal afin de traiter certaines affections. Les cures thermales sont remboursées par le régime de base obligatoire sous certaines conditions. Elles doivent être prescrites par un médecin.

DEPASSEMENT 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 SEJOUR

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 REELS

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 LIMITE 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 PARAMEDICAUX

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.

MATERIEL MEDICAL

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...

MATERNITE

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 SECURITE 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.

PROTHESES 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 ».

TELECONSULTATION

Acte de télémedecine 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 MODERATEUR

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

Les définitions ci-dessus 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>



**AGRICA
PRÉVOYANCE**

Proches par nature, engagés à vos côtés

AGRICA PREVOYANCE représente 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