

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau de garanties annexé.

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

Le régime Frais de Santé est souscrit par l'employeur dans un cadre collectif et obligatoire et proposé pour ses salariés et leurs éventuels bénéficiaires. Il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge des salariés et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité en complément du régime de base (Sécurité sociale ou Mutualité Sociale Agricole). Le présent dispositif respecte les conditions légales des contrats responsables, de la réforme 100% santé et il répond aux obligations conventionnelles, en matière de remboursements complémentaires de frais de soins de Santé, de l'employeur telles qu'elles résultent de l'Accord National des salariés non cadres en agriculture, à la date du 1er janvier 2022, dans lequel l'Institution AGRI PREVOYANCE est référencée par les employeurs et les salariés de la profession.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau de garanties annexé. Ils ne peuvent être plus élevés que la dépense engagée et une somme peut rester à la charge du salarié.

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

LES GARANTIES PREVUES AU CONTRAT

✓ Hospitalisation et maternité :

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

✓ Soins courants :

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

✓ Aides auditives :

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

✓ Optique :

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

✓ Dentaire :

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

✓ Divers :

Cures thermales, transport remboursé par le régime de base

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

Les services : (voir tableau de garanties)

Réseau de soins

Assistance



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

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



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

Principales exclusions du contrat responsable :

- ! Participation forfaitaire de 1€ sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale
- ! Franchise de 0.50€ sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux
- ! Franchise de 2€ sur les transports sanitaires
- ! Minoration du remboursement en cas de non-respect du parcours de soins (consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant / absence de médecin traitant)

Principales restrictions du contrat responsable :

- ! **Optique :** Prise en charge d'un équipement optique tous les 2 ans, à partir de la date de facturation de l'équipement. Cette période est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018.
 - ! **Honoraires médicaux :** Plafonnements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.
 - ! **Aides auditives :** Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente.
- Autres restrictions prévues au contrat :**
- Chambre particulière : (psychiatrie) limitée à 45 jours par an (option 3)
 - Frais d'accompagnement : limité à 10 puis 30 jours par an (option 3)
 - Médecine douce : limite de 1 à 4 séances par an selon l'option choisie



Où suis-je couvert(e) ?

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



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine des sanctions prévues dans la documentation contractuelle

- A la souscription du contrat :

Remplir avec exactitude et signer le bulletin d'adhésion

Affilier l'ensemble des salariés appartenant au groupe assuré

Remettre la notice d'information au salarié contre décharge

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

Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur

- En cours de contrat :

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

Régler la cotisation prévue au contrat

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

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

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

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

Respecter le dispositif légal de la DSN

- Pour le remboursement des frais de santé :

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



Quand et comment effectuer les paiements ?

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



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

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

Comment puis-je résilier le contrat ?

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

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

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

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

NATURE DES FRAIS	Remboursement Régime de base obligatoire		Remboursement total (y compris régime de base)	Remboursement total (y compris régime de base et socle)		
	Hors Alsace Moselle	Alsace Moselle	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux (y compris téléconsultation, actes techniques)						
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR	220 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR	220 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux	60 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Sages-femmes	70 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Analyses, et examens de laboratoire ⁽²⁾	de 60 % à 100 % BR	de 90 % à 100 % BR	100 % BR	120 % BR	180 % BR	180 % BR
Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie						
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	170 % BR	210 % BR	210 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	190 % BR	190 % BR
Actes de prévention ⁽³⁾	de 35 % à 70 % BR	de 35 % à 90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie	-	-	30 €/ 1 séance / an / bénéficiaire	30 €/ 2 séances / an / bénéficiaire	30 €/ 4 séances / an / bénéficiaire	30 €/ 4 séances / an / bénéficiaire
Médicaments						
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	65 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	30 % BR	80 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	15 % BR	15 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	-	-	20 €/ an / bénéficiaire	30 €/ an / bénéficiaire	40 €/ an / bénéficiaire
- Sevrage tabagique non remboursé par le régime de base (hors et sur prescription médicale)	-	-	-	30 €/ an / bénéficiaire	50 €/ an / bénéficiaire	50 €/ an / bénéficiaire
- Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	-	-	20 €/ an / bénéficiaire	30 €/ an / bénéficiaire	40 €/ an / bénéficiaire
Matériel médical						
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Prothèses et petits appareillages, orthopédie, (sauf prothèses auditives et dentaires)	60 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
- Gros appareillages (sauf prothèses auditives et dentaires)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR	285 % BR + 200 €/an (fauteuil roulant)
HOSPITALISATION						
Frais de séjour	80 % ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires :						
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % ou 100 % BR	100 % BR	255 % BR	255 % BR	350 % BR	350 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % ou 100 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait actes lourds ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait journalier hospitalier ⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait patient urgences ⁽⁶⁾	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière y compris en ambulatoire (par jour/bénéficiaire)						
- Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)	-	-	25 €/ jour	30 €/ jour	40 €/ jour	75 € / jour pendant 60 jours max/an puis 25 € / jour
- Maternité	-	-	25 €/ jour	55 €/ jour	80 €/ jour	80 €/ jour
- Psychiatrie	-	-	25 €/ jour	30 €/ jour	40 €/ jour	75 € / jour pendant 45 jours maxi
Frais d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans (par jour/bénéficiaire)	-	-	-	25 € / jour	35 € / jour	50 € / jour pendant 10 jours maximum/an puis 30 € / jour
Forfait maternité (dans la limite des frais engagés)	-	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS	2/5 PMSS	2/5 PMSS

NATURE DES FRAIS	Remboursement Régime de base obligatoire		Remboursement total (y compris régime de base)	Remboursement total (y compris régime de base et socle)		
	Hors Alsace Moselle	Alsace Moselle	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
OPTIQUE : 1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽⁷⁾						
Equipements 100% santé (Classe A) ⁽⁸⁾ :						
- Monture	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Verre	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Autres équipements (Classe B) :						
- Monture	60 % BR	90 % BR	ADULTE : 15 € ENFANT : 100 €	100 €	100 €	100 €
- Verre simple ⁽⁹⁾	60 % BR	90 % BR	100 €/verre	100 €/verre	150 €/verre	150 €/verre
- Verre complexe ⁽⁹⁾	60 % BR	90 % BR	175 €/verre	250 €/verre	300 €/verre	300 €/verre
- Verre très complexe ⁽⁹⁾	60 % BR	90 % BR	175 €/verre	250 €/verre	300 €/verre	300 €/verre
Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B ⁽⁸⁾	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Supplément pour verre avec filtre ⁽⁸⁾	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	90 % BR	0 % ou 100 % BR + 100 €/an /bénéficiaire	0 % ou 100 % BR + 150 €/an /bénéficiaire	0 % ou 100 % BR + 200 €/an /bénéficiaire	0 % ou 100 % BR + 200 €/an /bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	-	-	-	-	300 € / an / œil / bénéficiaire
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil	-	-	-	-	-	300 € / an / œil / bénéficiaire
DENTAIRE						
Soins et prothèses 100% Santé ⁽⁸⁾	70 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins (hors 100% Santé)	70 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlay Onlay (hors 100% Santé) ⁽¹⁰⁾	70 % BR	90 % BR	125 % BR	200 % BR	225 % BR	250 % BR
Prothèses et inlays core (hors 100% Santé)						
- Inlays core à honoraires maîtrisés ou libres ⁽¹⁰⁾	70 % BR	90 % BR	125 % BR	125 % BR	125 % BR	690 % BR + 400 € / an / bénéficiaire
- Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés ou libres ⁽¹⁰⁾	70 % BR	90 % BR	210 % BR + 300 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 360 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 450 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 450 € / an / bénéficiaire
- Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base, et Implantologie (hors couronne implanto-portée)	-	-	-	150 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire
Orthodontie remboursée par le régime de base	70 % ou 100 % BR	90 % ou 100 % BR	160 % BR	160 % BR	230 % BR	300 % BR
Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	-	-	100 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire
Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	-	-	80 € / an / bénéficiaire	90 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire
AIDES AUDITIVES ⁽¹¹⁾						
Equipements 100% Santé (Classe I) à compter du 1^{er} janvier 2021 ⁽⁸⁾	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60 % BR	90 % BR	100 % BR	1700 € / oreille	1700 € / oreille	1700 € / oreille
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	90 % BR	100 % BR	1700 € / oreille	1700 € / oreille	1700 € / oreille
CURES THERMALES						
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux, transport, hébergement, surveillance	65 % ou 70 % BR	65 % ou 90 % BR	65 % ou 70 % BR ou 65 % ou 90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait thermal complémentaire	-	-	-	-	-	150 € / an / bénéficiaire
DIVERS						
Transports remboursés par le régime de base	65 % ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Assistance	-	-	inclus	inclus	inclus	inclus
Réseau de soins	-	-	inclus	inclus	inclus	inclus

BR : base de remboursement ; RO : régime obligatoire ; FR : frais réels.

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité. Les actes techniques réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes sauf si le tableau de garantie prévoit un remboursement différent.

(2) Les actes réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes. Se référer au poste soins courants "honoraires médicaux - honoraires des médecins spécialistes".

(3) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphthérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(4) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(5) Forfait journalier hospitalier : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(6) Forfait patient urgences : participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L.160-13-1 du code de la sécurité sociale.

(7) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(8) tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(9) verres simples Classe B :

- verres unifocaux sphériques avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre \leq +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) \leq 6 dioptries
- verres neutres

verres complexes Classe B

- verres unifocaux sphériques avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre $>$ +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère $<$ -6 dioptries et cylindre \geq 0,25 dioptrie
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) $>$ 6 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre \leq +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) \leq 8 dioptries

verres très complexes Classe B

- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre $>$ +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère $<$ -8 dioptries et cylindre \geq 0,25 dioptrie
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S $>$ 8 dioptries

(10) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour les soins et prothèses à honoraires maîtrisés entre 2020 et 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire dès lors qu'ils ont pris effet.

(11) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 € / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est réduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.