

# Assurance Surcomplémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : AGRI PREVOYANCE - Institution de prévoyance régie par le code rural et de la pêche maritime –

SIREN : 423959295 -N° d'agrément : 423959295

Produit : **Surcomplémentaire Essentiel Paysage**

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 ?

Ce produit est un contrat d'assurance sur-complémentaire santé souscrit par l'employeur dans un cadre collectif et obligatoire. 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) **et du régime de complémentaire santé responsable auquel il s'adosse. Pour y souscrire, il est nécessaire d'être couvert par le régime Frais de santé de la Convention Nationale du Paysage.** Le présent dispositif respecte les conditions légales des contrats responsables, de la réforme 100% santé.



## 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 de l'assuré.

### ✓ Hospitalisation

Dépassements honoraires chirurgicaux et médicaux (adhérents au DPTM), chambre particulière, frais d'accompagnant.

### ✓ Soins courants

Dépassements honoraires médicaux (généralistes, spécialistes adhérents au DPTM), médecines douces.

**Matériel médical** : gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf auditives et dentaires.

### ✓ Optique

Verres classe B (hors 100% Santé), lentilles remboursées ou non par le régime de base.

### ✓ Dentaire

Prothèses dentaires hors 100% santé, orthodontie remboursée, paradontologie non remboursée, implantologie.

### ✓ Cure thermale

En fonction du niveau choisi : frais de séjour, forfait thermal

**Les services** : (voir tableau de garanties)

Réseau de soins optique

Assistance

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat



## 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 1 an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue (voir 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

### Autres restrictions prévues au contrat :

- ! **Médecines douces** : de 2 à 8 séances /an /bénéficiaire en fonction du niveau choisi.



## 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 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 :

- Fournir tout document justificatif nécessaire au remboursement des frais de santé.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables suivant 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<sup>er</sup> janvier de chaque année civile sauf résiliation par l'assuré dans les cas et conditions prévus au contrat.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation du contrat s'effectue par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un recommandé électronique, avec accusé de réception, au moins deux mois avant sa date d'échéance annuelle.

Réf 83769 - 01/01/2022

**TABLEAU DES GARANTIES SURCOMPLÉMENTAIRES SANTÉ PRENANT EFFET AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2022**

Les garanties du contrat surcomplémentaire Essentiel Paysage complètent les prestations versées au titre du régime Frais de santé de la Convention Collective Nationale des entreprises du Paysage. Elles s'appliquent pour la France métropolitaine (hors et y compris le régime local d'Alsace-Moselle) et les départements d'outre-mer.

L'entreprise choisit, en complément du socle conventionnel obligatoire, le niveau de couverture obligatoire du contrat collectif santé surcomplémentaire parmi les niveaux suivants :

- **L'Option 1, Essentiel Plus** : premier niveau de couverture, pouvant être renforcé par :
- **L'Option 2, Essentiel Confort** : second niveau de couverture.

L'adhésion à l'Option 2 Essentiel Confort est conditionnée à l'adhésion préalable à l'Option 1, Essentiel Plus.

Lorsque l'Option 2, Essentiel Confort n'a pas fait l'objet d'une adhésion obligatoire par l'entreprise, celle-ci est automatiquement ouverte à titre facultatif pour le salarié en complément de l'Option 1 obligatoire, Essentiel Plus. L'Option 2 est alors nommée Confort Facultatif et se compose de deux modules au choix du salarié : « module Optique / Dentaire » et/ou « module Soins », les deux modules pouvant se cumuler. Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables ».

Le total des remboursements ne peut excéder le montant des frais réellement engagés.

**Remboursements surcomplémentaires**  
(hors régime de base et hors socle conventionnel Paysage)

Nature des risques	Option 1 Essentiel Plus	Option 2 Essentiel Confort (hors Essentiel Plus)	Option Confort Facultatif (hors Essentiel Plus)
<b>SOINS COURANTS</b>			
• <b>Honoraires médicaux</b> (généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, ophtalmologues y compris téléconsultation)	-	-	-
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	100% BR	100 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	-	-	-
• <b>Honoraires paramédicaux</b>	-	-	-
• <b>Analyses et examens de laboratoire</b>	-	-	-
• <b>Radiographie</b>	-	-	-
• <b>Médicaments</b>	-	-	-
• <b>Matériel médical</b>	-	-	-
- Fournitures médicales, pansements	-	-	-
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses	100 % BR	200 % BR	200 % BR
• <b>Actes de prévention<sup>(2)</sup></b>	-	-	-
• <b>Honoraires de médecine douce reconnue par le Ministère de la Santé (chiropraxie, ostéopathie)</b>	40 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire	20 €/séance avec un maximum de 4 séances/an/bénéficiaire	20 €/séance avec un maximum de 4 séances/an/bénéficiaire
• <b>Honoraires de médecine douce reconnue par le Ministère de la Santé (acupuncture, homéopathie, étioopathie, psychologie, diététique)</b>	20 €/séance avec un maximum de 4 séances/an/bénéficiaire	20 €/séance avec un maximum de 4 séances/an/bénéficiaire	20 €/séance avec un maximum de 4 séances/an/bénéficiaire
<b>OPTIQUE</b>			
Équipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans <sup>(3)</sup>			
• <b>Équipements 100 % Santé (Classe A)<sup>(4)</sup></b>			
- Monture	-	-	-
- Verres	-	-	-
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100 % Santé	-	-	-
• <b>Autres équipements (Classe B)</b>			
- Monture	-	-	-
- Verres unifocaux simples <sup>(5)</sup>	30 €/verre	40 €/verre	40 €/verre
- Verres unifocaux complexes <sup>(5)</sup>	50 €/verre	70 €/verre	70 €/verre
- Verres multifocaux ou progressifs complexes <sup>(5)</sup>	70 €/verre	95 €/verre	95 €/verre
- Verres multifocaux ou progressifs très complexes <sup>(5)</sup>	85 €/verre	115 €/verre	115 €/verre
• <b>Prestation d'adaptation de la correction à la vue et supplément pour verre avec filtre<sup>(4)</sup></b>	-	-	-
• <b>Forfait complémentaire pour les lentilles remboursées ou non par le régime de base</b>	110 €/ 2 ans/bénéficiaire	60 €/2 ans/bénéficiaire	60 €/2 ans/bénéficiaire
• <b>Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base</b>	-	-	-

**Remboursements surcomplémentaires**  
(hors régime de base et hors socle conventionnel Paysage)

Nature des risques	Option 1 Essentiel Plus	Option 2 Essentiel Confort (hors Essentiel Plus)	Option Confort Facultatif (hors Essentiel Plus)
<b>DENTAIRE</b>			
• Soins et prothèses 100 % Santé <sup>(4)</sup>	-	-	-
• Soins (hors 100 % Santé)	-	-	-
• Inlay Onlay (hors 100 % Santé) <sup>(6)</sup>	-	-	-
• Prothèses (hors 100 % Santé)	-	-	-
- Prothèses dentaires remboursées par le régime de base hors inlay core <sup>(6)</sup>	70% BR	130% BR	130 % BR
- Inlay core <sup>(6)</sup>	-	-	-
• Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base (hors inlays core)	-	-	-
• Implantologie	200 €/an/bénéficiaire	250 €/an/bénéficiaire	250 €/an/bénéficiaire
• Parodontologie non remboursée par le régime de base	100 €/an/bénéficiaire	-	-
• Orthodontie prise en charge par le régime de base	150 % BR	100% BR	100 % BR
• Orthodontie non prise en charge par le régime de base	-	-	-
<b>AIDES AUDITIVES</b>			
• Équipements 100 % Santé (Classe I) <sup>(4)(7)</sup>	-	-	-
• Aides auditives hors 100 % Santé (Classe II) <sup>(7)</sup> jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	-	-	-
• Aides auditives hors 100 % Santé (Classe II) <sup>(7)</sup> à partir de 21 ans	-	-	-
<b>HOSPITALISATION</b>			
• Frais de séjour	-	-	-
• Honoraires	-	-	-
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	200% BR	-	-
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	-	-	-
• Forfait actes lourds <sup>(8)</sup>	-	-	-
• Chambre particulière (y compris ambulatoire et maternité)	25 €/jour	-	-
• Frais d'accompagnant	25 €/jour	-	-
• Forfait journalier hospitalier	-	-	-
• Forfait patient urgences <sup>(9)</sup>	-	-	-
• Confort hospitalier : prise en charge des frais de télévision et de téléphone	-	26 €/an/bénéficiaire	26 € an/bénéficiaire
• Prestations de service en cas d'hospitalisation à domicile prises en charge par le régime de base	52 €/jour limité à 60 jours/an	400 €/an	400 €/an
<b>MATERNITÉ</b>			
• Frais de séjour	-	-	-
• Honoraires	-	-	-
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	-	-	-
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	-	-	-
• Prime de naissance : maternité ou adoption <sup>(10)</sup>	-	-	-
• Forfait journalier hospitalier	-	-	-
• Forfait patient urgences <sup>(9)</sup>	-	-	-
<b>PSYCHIATRIE</b>			
• Frais de séjour	-	-	-
• Honoraires	-	-	-
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	200% BR	-	-
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	-	-	-
• Forfait journalier hospitalier	-	-	-
• Forfait patient urgences <sup>(9)</sup>	-	-	-
<b>CURES THERMALES</b>			
• Frais remboursés par le régime de base : transport, hébergement, surveillance	35 % ou 30 % ou 10%	-	-
• Forfait thermal complémentaire	-	150 €/an/bénéficiaire	150 €/an/bénéficiaire
<b>DIVERS</b>			
• Transport pris en charge par le régime de base	100 % FR	-	-
• Pharmacie prescrite et non remboursée par le régime de base : médicaments, pilules contraceptives et substituts nicotiniques	-	40 €/an/bénéficiaire	40 €/an/bénéficiaire
• Vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base	40 €/an/bénéficiaire	-	-
• Assistance	OUI	OUI	OUI
• Réseau de soins	OUI	OUI	OUI

BR : Base de remboursement de la Sécurité Sociale  
FR : Frais Réels

Module optique et dentaire

Module Soins

(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).

(2) Actes de prévention, selon les conditions prévues dans l'arrêté du 18 novembre 2014 fixant la liste des prestations de prévention. L'ensemble des actes de prévention est pris en charge au titre du contrat.

(3) 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 deux 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 1 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 prévu par cet arrêté.

(4) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur relatifs au 100 % santé. 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.

#### (5) Verres unifocaux simples de Classe B

- Verre neutre
- Verre unifocal sphérique avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries
- Verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre  $\leq$  +4 dioptries
- Verre unifocal sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre)  $\leq$  6 dioptries

#### Verres unifocaux complexes de Classe B

- Verre unifocal sphérique avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries
- Verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre  $>$  +4 dioptries
- Verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère  $<$  -6 dioptries et cylindre  $\geq$  0,25 dioptrie
- Verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre)  $>$  6 dioptries

#### Verres multifocaux ou progressifs complexes de Classe B

- Verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre  $\leq$  +4 dioptries
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre)  $\leq$  8 dioptries

#### Verres multifocaux ou progressifs très complexes de Classe B

- Verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre  $>$  +4 dioptries
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère  $<$  -8 dioptries et cylindre  $\geq$  0,25 dioptrie
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S  $>$  8 dioptries

(6) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour les soins et les 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 en vigueur dès lors qu'ils ont pris effet.

(7) 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.

(8) 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).

(9) 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- I du Code de la Sécurité sociale.

(10) Y compris pour l'adoption, versée après demande auprès du régime de base sur justificatif.