



Prévoyance



Santé

SALARIÉS

Régime de prévoyance et de santé

Convention collective des entreprises de travaux agricoles
et ruraux de la région de Basse-Normandie

Notice d'Information



AGRI PRÉVOYANCE



Groupe AGRICA

Titre 1 — Dispositions générales	4
ARTICLE 1-1 OBJET DU CONTRAT	4
ARTICLE 1-2 SA DURÉE	4
ARTICLE 1-3 GROUPE ASSURÉ	4
ARTICLE 1-4 COTISATIONS	5
ARTICLE 1-5 PRESCRIPTION	6
ARTICLE 1-6 RECOURS CONTRE LE TIERS RESPONSABLE	6
ARTICLE 1-7 INFORMATIQUE ET LIBERTÉ	6
ARTICLE 1-8 RÉCLAMATIONS - MÉDIATION	7
Titre 2 — Garantie frais de santé	7
ARTICLE 2-1 OBJET	7
ARTICLE 2-2 BÉNÉFICIAIRES	7
ARTICLE 2-3 AFFILIATION ET ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE	8
ARTICLE 2-4 AFFILIATIONS FACULTATIVES	8
ARTICLE 2-5 MONTANT DE LA GARANTIE	10
ARTICLE 2-6 LIMITES ET EXCLUSIONS DE LA GARANTIE	10
ARTICLE 2-7 ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE	11
ARTICLE 2-8 CONTRÔLE	11
ARTICLE 2-9 CESSATION DE LA GARANTIE	11
ARTICLE 2-10 MAINTIEN DE LA GARANTIE EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	12
ARTICLE 2-11 MAINTIEN DE LA GARANTIE SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL	13
ARTICLE 2-12 MODALITÉS D'AFFILIATION ET DE MODIFICATION DE SITUATION	15
ARTICLE 2-13 MODALITÉS DE RÉSILIATION DE L'OPTION FAMILLE	16
Titre 3 — Garanties prévoyance	18
ARTICLE 3-1 GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	18
ARTICLE 3-2 GARANTIE INCAPACITÉ PERMANENTE	19
ARTICLE 3-3 GARANTIE DÉCÈS	21
ARTICLE 3-4 SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	24
ARTICLE 3-5 EXCLUSIONS	24
Titre 4 — Action sociale	25
Annexe 1 — Garantie santé - Définitions	26
Annexe 2 — Garantie santé - Services de tiers payant	32
Annexe 3 — Pièces à fournir pour le règlement des prestations	34
Annexe 4 — Tableau des garanties santé	36
Annexe 5 — Services d'assistance à destination des assurés	38

Préambule

Les partenaires sociaux de la convention collective régionale des entreprises de travaux agricoles et ruraux de la région de Basse-Normandie du 19 décembre 1989 ont mis en place un régime de protection sociale complémentaire en santé et en prévoyance, tel que prévu aux articles 27 et 27 bis de la Convention collective de travail du 19 décembre 1989.

Le régime complémentaire de prévoyance a fait l'objet de modifications partielles, par les avenants n°53 du 19 juillet 2012, n°57 du 20 mai 2014 et n°58 du 23 juin 2014, ces deux derniers entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2015.

Ces régimes de prévoyance et de santé sont :

- à adhésion obligatoire pour l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application professionnel et territorial de la Convention Collective des entreprises de travaux agricoles et ruraux de la région de Basse-Normandie du 19 décembre 1989;
- à affiliation obligatoire pour l'ensemble des employés et ouvriers, salariés non cadres de ces entreprises, tels que définis par ladite convention.

Les partenaires sociaux ont désigné, comme assureur des garanties prévoyance et santé, l'institution de prévoyance, AGRI PRÉVOYANCE, dont le siège social est situé 21 rue de la Bienfaisance, 75382 PARIS Cedex 08.

AGRI PRÉVOYANCE est dénommée ci-après : « l'Institution ».

SANTÉ

AGRI PRÉVOYANCE délègue caisses de Mutualité Sociale Agricole, dans le cadre d'une convention de gestion nationale, l'appel des cotisations et le règlement des prestations.

PRÉVOYANCE

AGRI PRÉVOYANCE délègue, dans le cadre de ladite convention de gestion nationale, l'appel des cotisations et le versement des prestations incapacité temporaire de travail aux caisses de Mutualité Sociale Agricole. Le règlement des prestations incapacité permanente et décès est effectué AGRI PRÉVOYANCE.

La présente notice a pour objet de vous décrire l'ensemble des garanties du régime dont vous bénéficiez ; elle se décompose en quatre titres principaux :

- le Titre 1 vous présente le régime ainsi qu'un ensemble de règles communes aux garanties santé et prévoyance ;
- le Titre 2 vous expose la garantie frais de santé ;
- le Titre 3 vous décrit les garanties incapacité de travail et décès ;
- le Titre 4 vous présente l'action sociale.

Titre 1 — Dispositions générales

ARTICLE 1-1 **Objet du contrat**

Le régime de prévoyance et de frais de santé mis en place par les partenaires sociaux a pour objet de vous assurer, dans les conditions exposées dans le Titre 2 et le Titre 3 de la présente notice :

- le remboursement complémentaire de frais de santé (frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation ...) en cas de dépenses de santé consécutives à une maladie, maternité ou accident ;
- le versement d'une indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire de travail consécutive à une maladie ou un accident ;
- le versement d'une rente annuelle en cas d'incapacité permanente professionnelle consécutive à une maladie ou à un accident ;
- le versement d'une pension d'invalidité en cas d'incapacité permanente consécutive à une maladie ou à un accident d'origine non professionnelle ;
- le paiement d'un capital décès à vos ayants droit en cas de décès survenant durant votre activité ;
- le paiement d'une rente annuelle d'éducation aux enfants dont vous aviez la charge au jour de votre décès ;
- le paiement d'une indemnité obsèques en cas de décès de votre conjoint, (de votre cocontractant d'un PACS, ou à défaut de votre concubin) ou d'un de vos enfants à charge.

ARTICLE 1-2 **Sa durée**

Le contrat collectif « assurance complémentaire frais de santé » auquel vous êtes affilié s'impose à votre employeur, tant pour ce qui est de son obligation d'adhérer que pour le contenu des garanties ou encore de sa gestion par l'Institution.

En conséquence, ce contrat ne peut être remis en cause que dans les situations suivantes :

- changement d'organisme assureur décidé par les partenaires sociaux ;
- dénonciation des articles 27 et/ou 27 bis de la convention collective du 19 décembre 1989, relatifs aux régimes de prévoyance et de santé, décidée par les partenaires sociaux ;
- cessation d'activité de votre entreprise ;
- changement d'activité ou de siège social de votre entreprise ayant pour effet de la faire sortir du champ d'application de la convention collective précitée.

ARTICLE 1-3 **Groupe assuré**

Le groupe assuré est constitué par l'ensemble des salariés non cadres des entreprises adhérentes :

- **après six mois d'ancienneté continus dans l'entreprise pour la garantie Frais de santé ;**
- **après six mois d'ancienneté continus dans la profession pour la garantie incapacité temporaire et permanente de travail d'origine privée ;**

- **sans condition d'ancienneté pour la garantie incapacité temporaire et permanente de travail d'origine professionnelle;**
- **sans condition d'ancienneté pour la garantie décès, excepté la rente éducation pour laquelle une condition d'affiliation de douze mois à la garantie est requise.**

Sont exclus du groupe assuré les cadres et personnels ressortissants de la Convention Collective du 2 avril 1952 et relevant de la caisse de retraite complémentaire des cadres en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de complémentaire santé défini dans la convention précitée.

En outre, les salariés nouvellement embauchés dans une entreprise relevant du champ d'application de l'accord, ayant acquis préalablement le bénéfice de la garantie Frais de santé dans une autre entreprise relevant du champ d'application de la convention collective du 19 décembre 1989, font l'objet d'un transfert de leurs droits à la garantie, dès lors que leur embauche intervient au plus tard dans les **trois mois suivant la fin de leur contrat de travail précédent**.

L'affiliation prend effet le 1^{er} jour du mois civil au cours duquel le salarié atteint l'ancienneté requise.

ARTICLE 1-4 Cotisations

Le financement du régime est assuré conjointement par vous-même et votre employeur.

Votre part de cotisation est directement précomptée sur votre fiche de paye par votre employeur.

Votre employeur a la responsabilité du versement total des cotisations.

SANTÉ

La structure tarifaire de votre régime Frais de santé est de type Isolé/Famille :

- Si vous êtes seul à bénéficier de la garantie, le tarif « isolé » vous est appliqué ;
- Si vous avez demandé l'extension de la garantie au profit de vos ayants droit, c'est le tarif « famille » qui est alors appliqué.

La cotisation relative à la garantie santé est due à compter du 1^{er} jour du mois de l'entrée en vigueur de la garantie, tel que précisé à l'article 2-2 de la présente notice.

Si vous êtes salarié travaillant à temps partiel sur plusieurs entreprises relevant de la Convention Collective des entreprises de travaux agricoles ruraux de la région de Basse-Normandie du 19 décembre 1989, la cotisation santé vous sera appelée auprès d'un seul employeur, déterminé selon les critères suivants :

- l'employeur qui vous occupe de manière principale;
- à défaut, votre plus ancien employeur.

Vous avez la possibilité de demander l'extension de votre régime Frais de santé au profit de vos ayants droit. Dans ce cas la cotisation santé est due au titre de chaque bénéficiaire défini à l'article 2-1 de la présente notice.

PRÉVOYANCE

Les cotisations relatives aux garanties prévoyance sont dues dès le 1^{er} jour de votre embauche.

Les cotisations servant au financement des garanties prévoyance sont assises sur la totalité des rémunérations brutes entrant dans l'assiette des cotisations du régime de base de Sécurité sociale.

ARTICLE 1-5 Prescription

—

Toutes actions relatives aux garanties de votre régime sont prescrites par deux ans, à compter de l'évènement qui y donne naissance, dans les conditions de l'article L. 932-13 du Code de Sécurité sociale. Ce délai est porté à :

- **cinq ans en ce qui concerne la garantie incapacité de travail ;**
- **dix ans en ce qui concerne la garantie décès, lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré.**

—

Toutefois, ce délai ne court :

- **en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où AGRI PRÉVOYANCE 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 ignoré jusque-là.**

ARTICLE 1-6 Recours contre le tiers responsable

—

L'Institution ne renonce pas aux droits et actions qu'elle détient en vertu de l'article L. 931-11 du Code de la Sécurité sociale et qu'elle peut exercer envers le tiers responsable.

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

ARTICLE 1-7 Informatique et liberté

—

Les informations vous concernant vous et vos ayants droit sont destinées aux services de l'Institution, au(x) mandataire(s), assureur(s), réassureur(s) ainsi qu'aux organismes professionnels intervenant au contrat.

—

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez demander, en justifiant de votre identité, communication et rectification, s'il y a lieu, de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier utilisé dans le cadre du présent régime par courrier au siège de l'Institution – AGRI PRÉVOYANCE, 21, rue de la Bienfaisance, 75382 PARIS Cedex 08, ou par courriel à l'adresse suivante : **« cnil.blf@groupagricom.com »**.

Titre 2 — Garantie frais de santé

ARTICLE 1-8 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 PRÉVOYANCE - Service Réclamations, 21 rue de la Bienfaisance, 75382 Paris cedex 08 ;
- soit par courriel sur le site Internet du Groupe Agricola en cliquant sur la rubrique « Réclamations ».

Vous devez préciser votre code client et le domaine concerné (retraite, prévoyance ou santé).

Dès lors, AGRI PRÉVOYANCE 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 du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP) dont le siège se situe 10 rue Cambacérés, 75008 Paris.

ARTICLE 2-1 Objet

La garantie frais de santé a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé en complétant acte par acte les prestations versées par le régime de base, dans la limite des frais réellement engagés.

ARTICLE 2-2 Bénéficiaires

Les bénéficiaires de la garantie frais de santé, définis dans la Convention Collective des entreprises de travaux agricoles ruraux de la région de Basse-Normandie du 19 décembre 1989, sont les suivants :

1. Vous-même en tant que salarié, sous réserve que vous soyez présent de manière continue dans la même entreprise depuis six mois.

CAS PARTICULIER :

Un salarié embauché dans les trois mois au plus tard, qui suivent sa sortie d'une entreprise visée par la Convention Collective des entreprises de travaux agricoles ruraux de la région de Basse-Normandie du 19 décembre 1989, et qui ouvrirait droit aux garanties santé auprès de son ancien employeur, est couvert dès son entrée dans la nouvelle entreprise.

2. Vos ayants droit, sous réserve que vous ayez demandé l'extension de votre régime au profit de vos ayants droit, à savoir :

- **votre conjoint**, non divorcé, résidant en France ;

Sont assimilés au conjoint :

- **Le cocontractant d'un PACS**, résidant en France ;
- **Le concubin**, résidant en France, justifiant de deux années de vie commune (cette condition n'est pas requise lorsqu'ils ont eu au moins un enfant en commun), sous réserve que le salarié ne soit ni marié ni pacsé.
- **vos enfants à charge**, résidant en France ;

Par enfant, il faut entendre :

- les enfants du salarié (légitimes, adoptés ou reconnus) ;
- les enfants recueillis par le salarié et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue ;
- les enfants qui ont été élevés par le salarié pendant neuf ans au moins avant leur 16^{ème} anniversaire ;
- les enfants dont la qualité d'ayant droit du conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin aura été reconnue par le régime de base de Sécurité Sociale.

Sont considérés comme enfants à charge :

- tous les enfants âgés de moins de 18 ans ;
- tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils sont étudiants, apprentis ou demandeurs d'emploi inscrits au PÔLE EMPLOI et non indemnisés par le régime d'Assurance Chômage ;
- tous les enfants invalides au sens de la législation sociale si l'état d'invalidité a été constaté avant leur 21^{ème} anniversaire.

ARTICLE 2-3 Affiliation et entrée en vigueur de la garantie

—
 Votre affiliation à la garantie frais de santé des salariés est obligatoire.

Ainsi, dès lors que vous remplissez la condition d'ancienneté de six mois visée par l'article 2-2 de la présente notice, vous êtes automatiquement affilié à la garantie.

—
 Votre couverture santé entre en vigueur, pour vous et pour vos ayants droit :

- soit, dès la date de prise d'effet du régime si vous étiez déjà présent dans l'entreprise et que vous remplissiez déjà la condition d'ancienneté requise ;
- soit le 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel l'ancienneté est atteinte ;
- soit, dès le premier jour de votre embauche, en cas de reprise d'ancienneté acquise auprès de votre ancien employeur.

Le bénéfice des garanties vous est ouvert sans aucun délai de « carence », c'est-à-dire dès le 1^{er} jour de votre d'affiliation au titre des dispositions détaillées ci-dessus.

ARTICLE 2-4 Affiliations facultatives

—
A titre dérogatoire, vous pouvez choisir de ne pas être affilié à la garantie frais de santé si vous trouvez dans l'une des situations suivantes :

- Vous bénéficiez d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit de votre conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, avec un niveau de

prestations au moins équivalentes à celles du présent accord.

Vous pouvez demander à être exclu de l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord, dès lors que vous fournissez un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire, avec un descriptif des prestations, et du niveau de prise en charge employeur/salarié de la cotisation afférente. Cette exclusion prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non renouvellement annuel de l'attestation, de modification des prestations ou de la répartition des cotisations à un niveau inférieur à celui fixé dans le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à votre demande expresse.

—

→ Vous bénéficiez de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L863-1 du Code de la Sécurité sociale. Cette dispense ne vaut que jusqu'à échéance du contrat individuel.

—

→ Vous bénéficiez d'une couverture complémentaire santé obligatoire du fait d'une autre activité, hors champ d'application du présent accord, exercée simultanément.

—

→ Vous êtes salarié à temps partiel ayant 6 mois d'ancienneté et plus, et votre cotisation complémentaire santé est égale ou supérieure à 10% de votre rémunération brute.

En cas d'augmentation de la rémunération à temps partiel, notamment du fait de l'augmentation de votre durée de travail, si la cotisation représente moins de 10% de celle-ci de façon pérenne (calcul sur 12 mois continus), vous devrez alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé.

—

→ Vous êtes en contrat à durée déterminée (ou apprenti), ayant 6 mois d'ancienneté et moins de 12 mois d'ancienneté.

→ votre conjoint travaille dans votre entreprise, dans ce cas un seul des membres du couple peut être affilié en propre et l'autre en tant qu'ayant droit.

—

Si vous êtes salarié à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, un seul de vos employeurs et vous-même cotisez auprès de l'organisme désigné. Il s'agira de l'employeur chez lequel vous avez acquis en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord entre les employeurs et vous-même.

—

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que **sur votre demande écrite**, et vous devrez produire chaque année à votre employeur les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

—

En cas de non renouvellement de la demande d'exclusion et des justificatifs, vous cotiserez obligatoirement au régime frais de santé le premier jour du mois civil suivant.

Toute demande d'exclusion doit être faite par écrit à votre employeur au plus tard avant la fin du 1^{er} mois qui suit celui de l'obtention de la condition d'ancienneté de 6 mois.

Si vous ne remplissez plus les conditions requises à la dispense d'affiliation, vous devez en informer votre employeur. Vous devrez alors obligatoirement être affilié au présent contrat à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant.

Dans les cas de dispense d'affiliation précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié, ni par votre employeur.

ARTICLE 2-5 Montant de la garantie

Les montants des remboursements garantis par le contrat **correspondent à ceux prévus par l'article 27 bis de la Convention collective du 19 décembre 1989.**

Ces remboursements s'effectuent, poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la Classification Commune des Actes Médicaux, **dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues au tableau des garanties figurant en annexe.**

Il est précisé que l'Institution prend en charge les actes de prévention ouvrant droit à remboursement de la part de la Mutualité Sociale Agricole, notamment ceux fixés par l'arrêté du 8 juin 2006, dans le cadre du dispositif des contrats « responsables ».

Pour les frais engagés en dehors du territoire français, les remboursements de l'Institution sont déterminés et limités à la prestation qu'elle aurait versée après intervention du régime social de base.

ARTICLE 2-6 Limites et exclusions de la garantie

D'une manière générale, ne sont pas pris en charge les frais engagés au titre d'actes prescrits

- avant la date d'entrée en vigueur de la garantie ;
- non pris en charge par le régime de base, sauf exceptions prévues au tableau de la garantie figurant en Annexe ;
- après la cessation de la garantie.

• **Limites liées au caractère « responsable » de votre régime :**

Votre régime frais de santé s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits « responsables » défini par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets et arrêtés d'application.

Ainsi, il ne rembourse ni les pénalités mises à la charge de l'assuré, notamment en cas de non respect du parcours de soins, ni la participation forfaitaire et la franchise respectivement prévues aux II et III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale.

En tout état de cause, votre régime sera automatiquement adapté en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats « responsables ».

• **Précisions en cas d'assurances cumulatives :**
Les remboursements du régime de base, d'AGRI PRÉVOYANCE et de tout autre organisme ne peuvent excéder le montant des frais que vous avez 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 vos frais en vous adressant à l'organisme de votre choix. Vous devez procéder auprès d'AGRI PRÉVOYANCE à la déclaration de vos assurances cumulatives. Cette obligation est valable pendant toute la durée de votre affiliation.

ARTICLE 2-7 **Etendue territoriale de la garantie**

La garantie s'exerce en France et à l'étranger quel que soit le pays dans lequel les dépenses de santé ont été engagées, dans la mesure où elles font l'objet d'un remboursement de la part du régime de base français.

ARTICLE 2-8 **Contrôle**

En cas de suspicion de fraude aux prestations, AGRI PRÉVOYANCE se réserve la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales et/ou de demander toutes justifications qui lui paraîtraient nécessaires, notamment les prescriptions médicales et les factures détaillées.

Si intentionnellement, vous fournissez de faux renseignements ou usez de documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement, vous perdez tout

droit aux garanties pour la demande de règlement en cause.

En cas de récupération de prestations de la part de la Mutualité Sociale Agricole, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, AGRI PRÉVOYANCE se réserve le droit de récupérer toutes prestations qui vous auront été indûment réglées.

ARTICLE 2-9 **Cessation de la garantie**

1. POUR VOUS-MÊME

Votre garantie cesse de plein droit :

- le dernier jour du mois au cours duquel vous cessez d'appartenir aux bénéficiaires visés à l'article 2-2 de la présente notice d'information ;
- le dernier jour du mois au cours duquel intervient la rupture de votre contrat de travail, si vous quittez votre entreprise avant l'âge d'admission à la retraite quel qu'en soit le motif. A cette date, si vous êtes licencié ou invalide, 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 2-11 de la présente notice d'information ;
- le dernier jour du mois au cours duquel intervient votre cessation totale d'activité liée à la liquidation de votre pension vieillesse de la Mutualité Sociale Agricole. A cette date, sur demande, vous pourrez contracter un contrat proposé à titre individuel, dans les conditions définies à

l'article 2-11 de la présente notice d'information ;

- le dernier jour du mois au cours duquel vous cessez de percevoir une rémunération, sous réserve des dispositions spécifiques prévues à l'article 2-10 ci-après.

—

2. POUR VOS AYANTS DROIT

Les garanties cessent à l'égard de vos ayants droit dans les conditions suivantes :

- dès que vous cessez d'être au service de votre entreprise, pour quelle que cause que ce soit,
- dès qu'ils perdent la qualité d'ayant droit, tel que défini à l'article 2-2 de la présente notice d'information.

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

Dans tous ces cas, pensez à prévenir votre entreprise ainsi que votre caisse de MSA, et retournez-lui la carte papier de votre assurance complémentaire frais de santé.

ARTICLE 2-10 **Maintien de la garantie en cas de suspension du contrat de travail**

—

En cas de suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à un mois civil d'arrêt complet, l'affiliation du participant pourra être maintenue dans les cas suivants :

1. **Suspension du contrat de travail pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales (motif non lié à une maladie, à la maternité ou à un accident) avec versement de salaire total ou partiel par l'entreprise adhérente**

Dans ce cas, vous bénéficiez des garanties complémentaires frais de santé pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation. Cette période de trois mois court à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel survient la suspension du contrat de travail.

Après cette période, vous pouvez, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'Institution à souscrire à titre individuel à la garantie en vous acquittant directement de la cotisation globale.

Ce maintien d'affiliation s'effectue, tant que dure le maintien de salaire total ou partiel, sur les mêmes bases que celles prévues pour les salariés exerçant leur activité professionnelle : mêmes prestations et mêmes cotisations appelées à l'employeur.

—

2. **Suspension du contrat de travail pour maladie, accident (toutes origines) ou pour maternité donnant lieu à versement d'indemnités journalières ou complément de salaire**

En cas d'arrêt de travail pour maladie, accident ou maternité pris en charge par la MSA et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties vous sont maintenues sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence. Ce maintien de garanties cesse au plus tard dans les conditions de l'article 2-9.

Si l'absence est inférieure à un mois, la cotisation est due intégralement et les garanties sont maintenues.

ARTICLE 2-11 **Maintien de la garantie sous forme de contrat individuel**

1. SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL D'UNE DURÉE SUPÉRIEURE À UN MOIS CIVIL, SANS VERSEMENT DE SALAIRE PAR L'ENTREPRISE ADHÉRENTE

En application de la convention collective du 19 décembre 1989 et conformément aux dispositions de l'article précédent, les garanties du présent contrat pourront vous être maintenues sous forme de contrat individuel, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire, lorsque les deux conditions suivantes sont remplies :

- absence de versement de salaire par l'entreprise adhérente ;
- suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à un mois civil.

Pour être recevable, la demande d'adhésion au contrat individuel doit parvenir à l'Institution au plus tard un mois après la cessation de l'affiliation au présent 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.

Le tarif individuel appliqué audit contrat individuel est identique à celui des participants affiliés au présent contrat collectif.

2. RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL : MAINTIEN SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL (ARTICLE 4 DE LA LOI EVIN)

En application de **la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin », et selon les**

termes de l'accord départemental du 22 juillet 2009, les participants dont le contrat de travail est rompu et qui répondent à l'une des conditions visées ci-dessous, pourront demander le maintien de leurs garanties collectives dans le cadre d'une adhésion à un **contrat individuel**, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire :

- être bénéficiaire d'une pension de retraite ;
- être privé d'emploi et bénéficiaire d'un revenu de remplacement ;
- avoir un contrat de travail rompu et être bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité et percevoir à ce titre des prestations en espèces de la caisse de MSA.

A l'issue de la cessation des garanties ou d'une période de maintien au titre de la portabilité, déclarée à l'Institution, celle-ci adressera aux participants considérés répondant aux définitions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, une proposition de maintien de la couverture complémentaire santé, au plus tard dans un délai de 2 mois à compter de la cessation de la période de maintien des garanties à titre temporaire dans les conditions prévues ci-dessus.

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à l'Institution 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 le participant des cotisations depuis cette date.

En application du décret n° 90-769 du 30 août

1990, les tarifs applicables aux anciens salariés ne pourront être supérieurs à plus de 50 % du tarif en vigueur pour les participants actifs.

3. AUX AYANTS DROIT D'UN PARTICIPANT DÉCÉDÉ

En application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin », l'Institution proposera aux ayants droit d'un participant décédé inscrits au contrat, dans les deux mois qui suivent la date de cessation des garanties, le maintien de leur couverture obligatoire 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 l'Institution 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 le participant des cotisations depuis cette date.

En application du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les tarifs applicables aux anciens salariés ne pourront être supérieurs à plus de 50 % du tarif en vigueur pour les participants actifs.

Cette garantie est maintenue pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès.

4. MAINTIEN DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ AU TITRE DE LA PORTABILITÉ

En cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, les anciens salariés bénéficient du maintien de la garantie frais de santé prévue par le présent contrat en application de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale et ce, pour toute notification de rupture intervenue à compter du 1^{er} juin 2014. Le bénéfice du maintien de la garantie frais de santé est acquis sans versement de cotisation durant la période de portabilité, le financement de ce maintien étant inclus dans la cotisation des actifs.

A. Bénéficiaires

Continuent à bénéficier de la garantie frais de santé, qui les couvrait en tant qu'actifs, les anciens salariés de l'entreprise adhérente, dont le contrat de travail a été rompu et remplissant les conditions suivantes :

- être indemnisé 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.

B. Ouverture et durée des droits à portabilité

L'ancien salarié a acquis la possibilité de se voir ouvrir, sous conditions, des droits à prestations de la garantie frais de santé au titre de la portabilité à compter de la date de rupture effective de son contrat de travail.

La durée du maintien de la garantie frais de santé est égale à la durée du dernier contrat de travail de l'ancien salarié ou, le cas échéant, des

derniers contrats de travail de l'intéressé lorsqu'ils sont consécutifs dans l'entreprise adhérente.

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

—

C. Obligations de l'entreprise adhérente

L'entreprise adhérente doit informer l'Institution de la cessation du contrat de travail du salarié susceptible d'ouvrir droit à la portabilité de la garantie frais de santé, dans les 10 jours suivant la date de cessation de son contrat de travail, ainsi que la durée maximale de ce maintien.

—

D. Obligations de l'ancien salarié

L'ancien salarié doit justifier auprès d'AGRI PRÉVOYANCE à l'ouverture ainsi qu'au cours de la période de portabilité qu'il remplit les conditions requises.

A ce titre, l'ancien salarié doit fournir une copie de son certificat de travail et de l'attestation de prise en charge par l'assurance chômage.

Chaque mois, l'ancien salarié doit adresser une copie des attestations de paiement de Pôle emploi.

L'ancien salarié doit informer AGRI PRÉVOYANCE de la cessation du versement des allocations chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité.

—

E. Prestations

Les prestations de la garantie frais de santé pour les bénéficiaires de la portabilité sont identiques à celles définies par le présent contrat pour les salariés en activité.

Toute modification de ces prestations intervenant au cours de la période de portabilité est applicable aux bénéficiaires du maintien de la garantie frais de santé.

—

F. Cessation de la portabilité

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

- à la fin de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit si elle est inférieure à 12 mois ;
- à la date de reprise d'une activité professionnelle par l'ancien salarié ;
- à la date de cessation du versement des allocations chômage ;
- à la date de liquidation de la pension d'assurance vieillesse du régime de base y compris pour inaptitude au travail.

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 2-12 Modalités d'affiliation et de modification de situation

—

Votre employeur vous remet la présente notice et un bulletin d'affiliation, soit à la mise en place du régime, soit à votre entrée dans l'entreprise. Sur le bulletin vous devez porter votre choix de souscription « isolé » ou « famille » pour la couverture santé.

Votre affiliation à la garantie frais de santé et celle de vos ayants droit, si vous avez choisi l'extension familiale, est effectuée par les

services de la Mutualité Sociale Agricole dès que vous remplissez les conditions d'affiliation.

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 ;
- l'attestation de droits correspondant à la carte Vitale, pour votre conjoint dans un autre régime de base.

En cas d'évolution ou de modification, par exemple votre souscription à la garantie famille (demande d'extension familiale en raison de votre mariage, de la naissance d'un enfant...), vous devez compléter un nouveau bulletin en joignant les justificatifs.

Un double est conservé par votre employeur.

Modalités de votre demande d'extension famille :

→ annuellement :

au plus tard le 30 novembre de chaque année, par lettre remise ou adressée à votre employeur. Votre conjoint ou vos enfants sont alors admis dans l'assurance à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

→ en cours d'année :

dans les 30 jours qui suivent l'évènement modifiant votre situation familiale (mariage, décès...) ou modifiant la situation professionnelle de votre conjoint (embauche, licenciement...), par lettre remise ou adressée à votre employeur. Votre conjoint ou vos enfants

sont alors admis dans l'assurance à compter du jour de l'évènement.

ARTICLE 2-13 Modalités de renonciation/ résiliation de l'extension famille

2-13-1 RENONCIATION

Si vous aviez choisi de bénéficier de l'extension famille, vous avez la faculté d'y renoncer, par lettre adressée à AGRI PRÉVOYANCE, dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informé que l'affiliation a pris effet et ce, sous réserve de ne pas avoir demandé dans ledit délai le remboursement de frais de santé engagés.

Ce délai expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

AGRI PRÉVOYANCE procédera au remboursement de la cotisation, dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de réception de la lettre.

2-13-2 RÉSILIATION

→ annuellement :

Vous aviez choisi d'étendre le bénéfice de votre couverture santé obligatoire et facultative aux membres de votre famille et vous souhaitez mettre fin à cette extension.

Dans ce cas vous avez la possibilité de la résilier annuellement, par lettre recommandée adressée à AGRI PRÉVOYANCE, au plus tard le 31 octobre de l'année.

La résiliation prend alors effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

→ **en cours d'année :**

Vous aviez choisi d'étendre le bénéfice de votre couverture santé obligatoire aux membres de votre famille et vous souhaitez mettre fin à cette extension dans l'année en cours.

Dans ce cas vous avez la possibilité de la résilier par lettre recommandée adressée à AGRI PRÉVOYANCE, dans les trente jours qui suivent l'évènement modifiant votre situation familiale (mariage, décès...) ou la situation professionnelle de votre conjoint (embauche, licenciement...).

La résiliation prend alors effet dès la survenance de l'évènement.

Après toute résiliation, une nouvelle demande d'affiliation à l'extension famille ne peut intervenir au plus tôt qu'à l'expiration d'un délai de deux ans. Il ne sera dérogé à cette durée de deux ans qu'en cas de changement de situation familiale ou de modification de situation professionnelle de votre conjoint.

Titre 3 — Garanties prévoyance

ARTICLE 3-1 **Garantie incapacité temporaire de travail**

Cette garantie vous assure en cas d'arrêt de travail pour accident ou maladie, dûment justifié par prescription médicale, le versement d'indemnités journalières **complémentaires** à celles servies par le régime de base de la MSA.

3-1-1 BÉNÉFICIAIRES

En cas d'accident du travail, de trajet et de maladie professionnelle, le bénéfice de la garantie incapacité temporaire de travail vous est accordé **sans condition d'ancienneté**.

En cas de maladie et d'accidents de la vie privée, le bénéfice de cette même garantie vous est accordé, sous réserve de justifier **de six mois d'ancienneté** dans la profession.

Il est précisé que votre ancienneté est appréciée au 1^{er} jour de votre absence.

Par exception, les indemnités journalières qui seraient en cours de service au moment de l'entrée en vigueur des présentes garanties ou qui résulteraient d'un arrêt de travail antérieur à cette même date, continueront à être supportées par l'organisme assureur antérieurement désigné.

Seules les revalorisations postérieures seront prises en charge par AGRI PRÉVOYANCE à condition, toutefois, qu'elles ne soient pas déjà garanties par le précédent organisme assureur.

3-1-2 ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE

La garantie incapacité temporaire de travail entre en vigueur :

- en cas d'accident du travail, d'accident de trajet, ou de maladie professionnelle, **à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail** ;
- en cas de maladie ou d'accident de la vie privée, **à compter du 8^{ème} jour d'arrêt de travail**.

3-1-3 CONDITIONS D'INDEMNISATION

A condition de percevoir de la part de la MSA des indemnités journalières au titre des assurances sociales agricoles, cette garantie vous sera attribuée si vous justifiez, au jour de l'arrêt de travail, de six mois d'ancienneté dans l'entreprise en cas d'arrêt pour maladie ou accident de la vie privée. Les garanties entrent en vigueur le 1^{er} jour du mois civil qui suit l'acquisition de cette ancienneté.

3-1-4 MODALITÉS D'INDEMNISATION

Le versement de l'indemnité journalière intervient sous réserve que :

- vous justifiez auprès de la MSA de votre incapacité temporaire de travail, dans les 48 heures par certificat médical ;
- vous soyez pris en charge par la MSA.

Le versement des prestations incapacité temporaire de travail est effectué en même temps que le versement des indemnités journalières du régime de base par les caisses de Mutualité Sociale Agricole.

3-1-5 MONTANT DE L'INDEMNISATION

Le montant de vos indemnités journalières complémentaires porte votre indemnisation globale (indemnité légale + indemnité complémentaire) à :

→ **90% de votre salaire brut** pendant une durée qui varie en fonction de votre ancienneté :

- Inférieure à 6 ans (accident du travail, de trajet ou maladie professionnelle) : 30 jours
- Entre 6 mois et 6 ans (maladie ou accident de la vie privée) : 30 jours
- Supérieure à 6 ans et inférieure ou égale à 11 ans : 40 jours
- Supérieure à 11 ans et inférieure ou égale à 16 ans : 50 jours
- Supérieure à 16 ans et inférieure ou égale à 21 ans : 60 jours
- Supérieure à 21 ans et inférieure ou égale à 26 ans : 70 jours
- Supérieure à 26 ans et inférieure ou égale à 31 ans : 80 jours
- Supérieure à 31 ans : 90 jours

→ à partir du 91^{ème} jour, votre indemnité complémentaire s'élève à **30% de votre salaire brut**, tant que dure le versement des indemnités journalières légales.

Le montant de votre indemnisation est identique, qu'elle résulte d'un accident du travail, de trajet, de maladie professionnelle ou de maladie ou accident de la vie privée.

Votre indemnisation ne peut avoir pour effet de vous servir une indemnisation nette supérieure à votre rémunération d'activité avant votre incapacité de travail.

En cas de reprise partielle de votre travail, et à condition que les prestations du régime de base vous soient maintenues, les indemnités journalières complémentaires continueront à vous être versées dans la limite des règles de

cumul exposées ci-dessus, les salaires payés par votre employeur compris.

La revalorisation de vos indemnités journalières complémentaires s'effectue selon les mêmes modalités que celles du régime de base.

—

3-1-6 RÈGLEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES COMPLÉMENTAIRES

L'indemnité journalière complémentaire est réglée par la caisse de Mutualité Sociale Agricole **conjointement et selon la même périodicité que l'indemnité journalière de base**. Si votre employeur continue à vous régler votre salaire durant votre arrêt de travail, la MSA lui verse directement les indemnités journalières de base et complémentaires.

Dans le cas contraire, les indemnités journalières vous sont versées directement.

ARTICLE 3-2 Garantie incapacité permanente

—

Cette garantie, susceptible de vous être servie pour une incapacité permanente, vous assure le versement d'une pension mensuelle complémentaire en cas d'attribution par le régime de base :

- d'une pension d'invalidité catégorie 1, 2 ou 3 ;
- d'une rente accident du travail pour incapacité dont le taux d'incapacité permanente, au sens de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité Sociale est au moins égal aux 2/3.

3-2-1 OUVERTURE DU DROIT

Afin de pouvoir bénéficier de votre pension complémentaire :

- vous devez justifier de 6 mois d'ancienneté continue dans la profession en cas d'incapacité permanente d'origine privée, aucune condition d'ancienneté n'étant requise en cas d'incapacité permanente d'origine professionnelle ;
- vous devez percevoir une pension d'invalidité catégorie 1, 2 ou 3 ou une rente accident du travail pour incapacité au moins égale aux 2/3, reconnue par le régime de base.

Vous pouvez être reconnu invalide sans indemnisation préalable au titre de la garantie incapacité temporaire.

—

3-2-2 ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE

La garantie incapacité permanente de travail intervient dès la date de reconnaissance par la MSA de votre état d'incapacité permanente, pour un taux égal ou supérieur à 66,66% ou dès la date d'attribution d'une pension d'invalidité de catégorie 1, 2 ou 3, sous réserve que vous remplissiez la condition d'ancienneté de six mois.

—

3-2-3 MODALITÉS DE L'INDEMNISATION

• Montant

En cas d'invalidité de **catégorie 1**, le montant de la pension complémentaire servie est égal à **20%** de votre salaire brut total.

En cas d'invalidité de **catégorie 2 ou 3 ou d'incapacité permanente au moins égale aux 2/3**, le montant de la pension complémentaire

servie est égal à 30% de votre salaire brut total. Le salaire mensuel brut de référence est égal au douzième de vos salaires bruts perçus au cours des 12 mois civils précédant la date de l'arrêt de travail ou du salaire moyen mensuel brut calculé sur la période travaillée si vous totalisez moins de 12 mois d'ancienneté dans votre entreprise. En tout état de cause, votre pension complémentaire ci-dessus mentionnée, ne peut avoir pour effet de porter le total de vos indemnités brutes servies, à une somme supérieure à votre rémunération brute perçue avant l'invalidité.

—

• Revalorisation

La revalorisation de la pension complémentaire s'effectue selon les mêmes modalités que celle du régime de base.

—

• Règlement

Votre pension complémentaire vous est réglée mensuellement par AGRI PRÉVOYANCE, à terme échu.

—

• Durée

Votre pension complémentaire vous est versée mensuellement :

- tant que vous percevez une pension ou une rente du régime de base ;
- jusqu'à la date d'attribution de votre pension de vieillesse par un régime de Sécurité sociale et au plus tard à la date à laquelle vous pouvez bénéficier de la liquidation d'une pension de vieillesse à taux plein ;
- jusqu'à votre décès.

3-2-4 CUMUL DES PRESTATIONS INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Les prestations incapacité temporaire de travail et incapacité permanente professionnelle de l'Institution vous sont servies en complément de celles attribuées par la MSA au titre de l'assurance maladie et l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Le cumul des prestations versées tant par la MSA que par l'Institution et, le cas échéant, des salaires payés, ne peut excéder le montant net du salaire que vous auriez effectivement perçu avant l'incapacité de travail.

3-2-5 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES EN CAS D'ASSUREURS SUCCESSIFS

Dans l'hypothèse où vous seriez déjà indemnisé par un précédent organisme assureur, au titre d'un arrêt de travail antérieur à votre affiliation au présent contrat de prévoyance, seules les revalorisations intervenant à compter de cette date seront prises en charge par l'Institution, dans la mesure où elles ne le sont pas déjà par l'organisme précédent.

Toutefois, si le précédent organisme assureur accepte de transférer les provisions de l'ancien contrat à l'Institution, les indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail et les rentes en cas d'incapacité permanente sont alors versées par l'Institution et revalorisées dans les conditions définies à l'article 3-2-3.

3-2-6 CONTRÔLE DE L'INSTITUTION

L'Institution se réserve expressément la faculté d'apprécier et de contrôler votre état d'incapacité.

A cet effet, les médecins, agents ou délégués de l'Institution doivent pouvoir se rendre auprès de vous. Aussi, vous vous engagez, par avance, à les recevoir et à les informer loyalement de votre état. Les médecins de l'Institution peuvent également vous convoquer.

En outre, l'Institution peut vous demander de fournir tout justificatif qui lui semblerait nécessaire afin de vérifier que le montant de l'indemnisation ne dépasse pas les limites prévues à l'article 3-2-4.

Si vous vous opposez aux visites et/ou aux examens médicaux ou que vous ne produisez pas les justificatifs visés à l'alinéa précédent, l'Institution est autorisée à suspendre ou interrompre de plein droit le paiement de vos prestations.

En cas de désaccord entre votre médecin et celui de l'Institution portant sur votre état d'incapacité temporaire ou permanente, il pourra être convenu, d'un commun accord, de s'en remettre à un médecin arbitre. Dans ce cas, les honoraires d'arbitrage sont partagés par moitié entre vous-même et l'Institution.

ARTICLE 3-3 Garantie Décès

Sont couverts par cette garantie tous les salariés définis à l'article 1-3 « Groupe assuré », sans condition d'ancienneté, excepté pour la rente éducation qui est attribuée après douze mois d'affiliation continu ou non à la garantie décès. Elle comprend plusieurs prestations :

- un capital décès ;
- une rente éducation ;
- une indemnité frais d'obsèques.

Pour l'ensemble de ces garanties, la notion d'enfant à charge se définit de la façon suivante : Par « enfant », il faut entendre :

- les enfants du participant (légitimes, adoptés ou reconnus, nés ou à naître)
- les enfants recueillis par le participant et pour lequel la qualité de tuteur lui est reconnue
- les enfants qui ont été élevés par le participant pendant neuf ans au moins avant leur 16^{ème} anniversaire
- les enfants dont la qualité d'ayant droit du participant aura été reconnue par le régime de base de sécurité sociale.

—

Sont considérés comme enfants à charge les enfants nés ou élevés :

- âgés de moins de 18 ans, quelle que soit leur situation ;
- âgés de 18 à 26 ans lorsqu'ils sont étudiants, apprentis, demandeurs d'emploi inscrits à PÔLE EMPLOI et non indemnisés par le régime d'assurance chômage ;
- reconnus invalides au sens de la législation des assurances sociales, quel que soit leur âge.

—

3-3-1 LE CAPITAL DÉCÈS

• Bénéficiaires

Le capital de base est versé comme suit :

- En présence de bénéficiaires prioritaires :
 - en totalité à votre conjoint survivant non séparé de corps ;
 - entre votre conjoint, qui ne peut se voir attribuer moins de 50% du capital, et vos descendants, si vous avez notifié à AGRI PRÉVOYANCE une répartition.

En l'absence de conjoint survivant non séparé de corps, le capital est versé en totalité à vos descendants.

—

Le cocontractant d'un PACS est assimilé au conjoint non séparé de corps.

- En cas d'absence de bénéficiaires prioritaires, le capital est attribué dans l'ordre suivant :
 - aux bénéficiaires désignés par vos soins ;
 - à votre concubin justifiant d'au moins deux ans de vie commune, sous réserve que vous ne soyez ni marié ni pacsé (sans condition de durée si vous avez au moins un enfant en commun) ;
 - à vos héritiers.

Si l'une des personnes désignées est décédée au jour du versement du capital de base, sa fraction de capital est répartie par parts égales entre les bénéficiaires restants.

Cette désignation peut :

- se faire en remplissant le bulletin de désignation prévu à cet effet ;
- ou faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

Afin d'éviter tout risque d'homonymie et pour faciliter la recherche du (des) bénéficiaire(s) désigné(s), le participant doit indiquer, pour chaque bénéficiaire, toutes précisions permettant son identification exacte, notamment ses nom, prénoms, date et lieu de naissance.

—

Toute désignation ou changement de désignation non portés à la connaissance de l'Institution lui est inopposable.

CAS PARTICULIER :

En cas d'invalidité de catégorie 3, absolue et définitive :

- constatée par le régime de base de la Mutualité Sociale Agricole ;
- vous interdisant toute activité rémunérée ;
- vous obligeant à être assisté d'une tierce personne pour les actes de la vie courante ;
- et, à condition que vous ne puissiez prétendre à une retraite de base à taux plein, notamment au titre de l'inaptitude ;

Le capital décès de base peut, sur votre demande, vous être versé de manière anticipée en 24 mensualités. Les majorations familiales sont versées au jour de votre décès aux personnes qui les ont générées.

Si vous venez à décéder avant la liquidation de votre retraite de base sans avoir perçu la totalité de votre capital décès de base, la part correspondant au reliquat serait versée à vos bénéficiaires.

Si votre invalidité cessait d'être absolue et définitive postérieurement au versement par anticipation du capital décès de base et avant la liquidation de votre retraite de base, les bénéficiaires ne pourraient plus prétendre au versement de votre capital décès de base.

—

• Montant de la garantie

Le montant du capital décès est fonction de votre salaire annuel brut et de votre situation de famille.

En effet, le contrat prévoit un capital de base auquel peuvent s'ajouter des majorations familiales.

Ce capital est versé aux bénéficiaires, sur leur demande.

Son montant est égal à 100 % de votre salaire annuel brut.

Le salaire pris en compte correspond aux 12 mois civils précédant celui au cours duquel est survenu de décès ou l'arrêt de travail si le décès a été précédé d'une période d'arrêt de travail.

En cas de décès intervenant avant 12 mois d'ancienneté, le capital est calculé sur la base du salaire moyen mensuel du salarié multiplié par 12. Le montant de ce capital décès est majoré de 25 % par enfant à charge au moment du décès. Les majorations familiales sont directement versées à l'enfant à charge si ce dernier est majeur, ou à son représentant légal, s'il est mineur.

En tout état de cause, la somme des majorations générées par les enfants à charge est répartie par parts égales entre eux.

—

3-3-2 LA RENTE ÉDUCATION

• Bénéficiaires

Chaque enfant reconnu à votre charge au jour de votre décès bénéficie d'une rente d'éducation annuelle dans les conditions définies à l'article 3-3.

Pour les orphelins de plus de 18 ans, le droit à la rente est subordonné à la justification de la poursuite de sa scolarité.

Il est versé à chacun des enfants, reconnus à votre charge au jour de votre décès, une rente annuelle d'éducation égale à :

- 50 points jusqu'à son 10^{ème} anniversaire ;
- 75 points de son 11^{ème} à son 17^{ème} anniversaire ;
- 100 points de son 18^{ème} à son 26^{ème} anniversaire, s'il poursuit des études.

La valeur du point est égale à celle du point AGRI PRÉVOYANCE, revalorisée chaque année au 1^{er} septembre.

La rente éducation est versée directement à l'enfant s'il est majeur, ou à son représentant légal, s'il est mineur.

3-3-3 L'INDEMNITÉ FRAIS D'OBSÈQUES

• Bénéficiaires

Vous bénéficiez d'une indemnité frais d'obsèques en cas de décès :

- de votre conjoint non séparé de corps ou de votre cocontractant de PACS ;
- de votre concubin justifiant d'au moins 2 ans de vie commune ;
- d'un enfant à charge.

Pour bénéficier de cette indemnité, vous devez avoir réglé vous-même les frais d'obsèques. Elle est versée, sur justificatifs, dans la limite des frais réellement engagés.

• Montant de la garantie

Le montant maximum de l'indemnité frais d'obsèques égal à 100 % du plafond mensuel de Sécurité sociale applicable au moment du décès.

3-3-4 CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie cesse dès le 1^{er} jour du mois suivant :

- la rupture du contrat de travail pour quelle que cause que ce soit ;
- le décès.

La cotisation du mois, au cours duquel l'évènement est intervenu, reste due.

3-3-5 MAINTIEN DE LA GARANTIE

En cas de rupture de votre contrat de travail, de non renouvellement ou de résiliation de l'accord collectif de prévoyance, la garantie décès vous est maintenue dès lors que vous êtes indemnisé au titre :

- de la garantie incapacité temporaire de travail ;
- de la garantie invalidité.

ARTICLE 3-4 Suspension du contrat de travail

En cas d'arrêt de travail pour maladie, accident ou maternité pris en charge par la MSA et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties prévues par le présent accord vous sont maintenues sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence. Si l'absence est inférieure à un mois, la cotisation prévoyance est calculée sur le salaire et/ou complément de salaire versé par l'employeur.

ARTICLE 3-5 Exclusions

3-5-1 INCAPACITÉ TEMPORAIRE ET PERMANENTE DE TRAVAIL

Sont garantis par l'Institution, au titre du contrat de prévoyance, tous les risques d'incapacité de travail, à l'exclusion de ceux résultant :

- 1° de la guerre ;
- 2° de maladies ou accidents qui sont le fait volontaire du participant, à l'exception de la tentative de suicide.

Titre 4 — Action sociale

3-5-2 DÉCÈS

Sont garantis par l'Institution tous les risques de décès, à l'exclusion de ceux résultant :

1° de la guerre ;

2° du fait volontaire du bénéficiaire.

Le décès résultant du suicide du salarié est couvert.

—
Votre affiliation à AGRI PRÉVOYANCE vous donne accès à nos services d'action sociale.

—
Confrontés à une situation difficile, vous pouvez bénéficier d'une aide, notamment dans les cas suivants :

- accompagnement hospitalier ;
- aide à la famille (enfants en difficulté, placements, vacances...);
- dettes engendrées par un problème de santé ;
- réinsertion professionnelle suite à un accident du travail ;
- acte de prévention (vaccination grippe saisonnière, sevrage tabagique, risques auditifs...).

—
Pour toute information, contactez le

0821 200 800 ou **www.groupagrira.com**

Annexe 1 — Garantie santé Définitions

ACCIDENT

—
Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

AN (PAR AN)

La mention « par an » utilisée dans le libellé des dispositions contractuelles signifie « par année civile ».

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Professionnels paramédicaux (à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, ...) dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par le Régime obligatoire de protection sociale.
Synonyme : professionnel paramédical.

BASE DE REMBOURSEMENT (BR)

Tarif servant de référence au Régime obligatoire de protection sociale pour déterminer le montant de son remboursement. On distingue :

- Le Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- Le Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie

obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au Tarif de convention.

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

Il est précisé que lorsque les frais sont engagés à l'étranger, le remboursement de l'Institution est déterminé en fonction de la base de remboursement de la Mutualité Sociale Agricole.

Synonymes : base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

CONTRAT « RESPONSABLE »

Contrat santé ne couvrant pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale et répondant à l'ensemble des conditions mentionnées par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et par tout texte ultérieur pris par les Pouvoirs Publics pour son application (notamment les articles R. 871-1 et R. 871-2 de ce même code).

CONTRAT « SOLIDAIRE »

Contrat santé dont les cotisations ne sont pas déterminées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

CREDIT

Somme utilisable en une ou plusieurs fois jusqu'à épuisement au cours de l'année civile.

DEVIS

Devis établis par les professionnels de santé

Document établi par les professionnels de santé, présentant les soins ou les prestations proposés et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

—

Devis établi par l'institution au titre du présent contrat

Calcul par l'institution, des éventuelles prestations en nature du Régime obligatoire de protection sociale et du remboursement dû au titre du présent contrat, permettant au participant de déterminer le montant des frais restant à sa charge pour les postes Optique et Dentaire.

—

FRAIS REELS

Pour l'application des dispositions du présent contrat, ce terme désigne :

- soit le montant des dépenses effectivement engagées par le bénéficiaire des soins pour ses prestations de santé ; dans ce cas, ce terme est alors synonyme de « dépenses réelles »
- soit les conditions de remboursement de certains frais ou actes par l'institution au titre du présent contrat ; lorsque pour certaines garanties, le présent contrat prévoit une prise en charge aux frais réels, l'institution calcule le montant de sa prestation en fonction du montant des frais réellement engagés pour les frais ou actes considérés et du montant des prestations en nature servies à ce titre par le Régime obligatoire de protection sociale. Toutefois, pour

déterminer le montant de la prestation qu'elle doit effectivement verser, l'institution tiendra également compte de l'application éventuelle de franchises, participations forfaitaires d'1 euro ainsi qu'en cas de non respect du parcours de soins coordonnés, de l'application éventuelle de dépassements d'honoraires pratiqués à ce titre par certains professionnels de santé et/ou majorations de ticket modérateur appliquées à titre de sanction par le Régime obligatoire de protection sociale et que la législation sur les complémentaires santé « responsables » lui interdit de prendre en charge.

—

FRAIS DE SANTE

Frais médicaux, dentaires, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation engagés par un assuré.

—

HOSPITALISATION

Séjour dans un établissement de santé (public ou privé) en vue du traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

—

MALADIE

Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

—

MATERNITÉ

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

MÉDECIN TRAITANT

Médecin généraliste ou spécialiste choisi par l'assuré social ou par chaque ayant droit âgé de 16 ans ou plus, dont le nom est communiqué à l'organisme gestionnaire du Régime obligatoire de protection sociale de chacun des intéressés. Il assure le premier niveau de recours aux soins en prenant directement en charge les soins courants du patient ainsi qu'une prévention personnalisée. Dans le cadre du parcours de soins, il coordonne les soins et oriente, si besoin est, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient également à jour le dossier médical du patient.

Voir également : médecin correspondant, médecin à accès direct autorisé, parcours de soins coordonnés.

MÉDECIN CORRESPONDANT

Médecin intervenant en coordination avec le médecin traitant.

Il garantit le second niveau de recours au système de soins, notamment l'accès aux soins les plus spécialisés en répondant aux sollicitations du médecin traitant et en recevant les patients qui lui sont adressés dans des délais compatibles avec leur état de santé.

MÉDECIN À ACCÈS DIRECT AUTORISÉ

Pour certains actes précisés relevant de leur spécialité, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients âgés entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés sans orientation préalable du médecin traitant tout en restant dans le parcours de soins coordonnés.

NOMENCLATURE

Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale et les conditions de leur remboursement.

ORTHODONTIE

Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes. Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations ou les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Circuit que les patients doivent respecter (hors hospitalisation) pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursé normalement, sans application de sanctions. Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un Régime obligatoire de protection sociale âgés de plus de 16 ans.

Est considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés, le patient qui :

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

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

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

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

—

PARODONTOLOGIE

Les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...).

Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus et donne lieu à différents actes tels que :

- l'apprentissage d'une hygiène bucco-dentaire rigoureuse,
- l'élimination des causes d'infection (détartrage des racines...),
- le traitement chirurgical parodontal (greffe) si les tissus sont détruits,
- le contrôle périodique du patient.

Le Régime obligatoire de protection sociale ne rembourse qu'une partie de ces traitements.

PARTICIPANT

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

—

PLAFOND ANNUEL DE LA SECURITE SOCIALE

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

—

RÉGIME OBLIGATOIRE DE PROTECTION SOCIALE

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

—

SOINS DE VILLE

Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires... .

Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations « en soins externes ») sont généralement considérées comme des soins de ville.

Synonymes : soins ambulatoires, soins externes, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires, frais ou soins médicaux courants.

—

TICKET MODÉRATEUR

Somme restant à la charge du patient susceptible de varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés.

Cette participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge, de l'état de santé ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations.

Ce ticket modérateur est égal à la différence entre la base de remboursement retenue par la Mutualité Sociale Agricole pour effectuer son remboursement et les prestations dues par cet organisme.

La participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale due par le patient ne sont pas prises en considération dans le calcul du ticket modérateur.

—

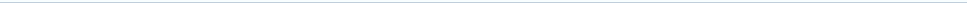
TIERS PAYANT

Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par le Régime obligatoire de protection sociale et/ou les assureurs complémentaire santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient. Synonyme : dispense d'avance des frais.

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>



Annexe 2 — Garantie santé - Services de tiers payant

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

PHARMACIE

→ un service de TIERS PAYANT PHARMACIE a pour objet de vous permettre de bénéficier de la dispense d'avance des frais pharmaceutiques pris en charge par la Mutualité Sociale Agricole et garantis au titre du contrat. Par ce système, le pharmacien peut délivrer, sans avance de fonds, les médicaments prescrits par un médecin sur ordonnance. Les frais pharmaceutiques correspondants sont réglés directement au pharmacien pour les parts obligatoire et complémentaire par votre caisse de Mutualité Sociale Agricole. Entrent dans le cadre de la dispense d'avance tous les produits pharmaceutiques, médicalement prescrits, dont la prise en charge par la Mutualité Sociale Agricole – au moins pour la part lui incombant – résulte également d'une procédure de tiers payant.

Sont exclus du système Tiers payant, la franchise mentionnée au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale et les produits pharmaceutiques non remboursables par la Mutualité Sociale Agricole qui doivent être réglés intégralement au pharmacien.

En cas de refus de médicament générique, vous ne bénéficiez pas du Tiers payant, comme stipulé à l'article 162-16-7 du Code de la Sécurité sociale.

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

La carte complémentaire devra être restituée à l'Institution dans les circonstances suivantes :

- en cas de résiliation du contrat, suite à la dénonciation de l'accord 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.

AUTRES PROFESSIONS DE SANTÉ

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

ACCORD DE PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

• Objet

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

—

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

—

• Conditions d'application

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

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

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

—

• Formalités administratives

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

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

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

Annexe 3 — Pièces à fournir pour le réglement des prestations

ARTICLE 1 Versement des prestations santé

Pour vous offrir un service de qualité, un accord a été conclu avec la MSA qui, sur le même décompte, effectue le remboursement de base MSA et celui de votre garantie complémentaire 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 évite à l'assuré d'avoir à effectuer toute demande pour le paiement des prestations de base comme de la part complémentaire AGRI PRÉVOYANCE.

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

En cas de non utilisation de la carte Vitale, les démarches pour obtenir vos remboursements sont les suivantes :

→ **pour les salariés, leur conjoint, concubin et enfants à charge** (s'ils figurent sur votre carte d'assuré social)

1. Envoyez votre/leur feuille de soins à votre caisse de MSA.
2. Vous recevrez sur un même décompte le remboursement de base de la MSA et le remboursement complémentaire d'AGRI PRÉVOYANCE.

→ **pour le conjoint/concubin et les enfants à charge affiliés à la MSA** (et qui possèdent leur propre carte d'assuré social)

1. Notez en plus sur la feuille de soin votre numéro de Sécurité sociale.
2. Envoyez leur feuille de soins à votre caisse de MSA.

→ **pour le conjoint/concubin et les enfants à charge affiliés aux autres régimes de Sécurité sociale que la MSA** (*Sécurité sociale, Sécurité sociale étudiante, autres régimes de base*)

Un système d'échange d'informations entre CPAM et MSA permet normalement à votre caisse de MSA d'effectuer le remboursement complémentaire sans intervention de votre part.

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

1. Envoyez la feuille de soins au régime concerné ;
2. Envoyez ensuite le décompte du remboursement obtenu à votre caisse de MSA, en notant en plus votre numéro de Sécurité sociale ;
3. le remboursement complémentaire vous sera alors versé.

ARTICLE 2 Versement des prestations incapacité de travail

INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Les indemnités journalières complémentaires étant réglées directement par la MSA, les

formalités requises par la MSA pour le paiement des indemnités journalières dues au titre du régime de base suffisent à déclencher le paiement des prestations complémentaires. Ainsi, n'oubliez pas d'adresser à la MSA votre arrêt médical de travail dans les 48 heures.

— **INCAPACITÉ PERMANENTE DE TRAVAIL**

Les rentes mensuelles complémentaires sont réglées directement par AGRI PRÉVOYANCE sur présentation des justificatifs suivants :

- notification d'attribution de la rente MSA ;
- derniers salaires ;
- avis d'imposition ;
- relevé d'identité bancaire.

—
Vous pouvez néanmoins vous rapprocher de votre MSA qui vous aidera dans la constitution de votre dossier.

ARTICLE 3 **Versement des garanties décès**

—
Les bénéficiaires des garanties décès ou le cas échéant votre employeur doivent déclarer le décès le plus rapidement possible à AGRI PRÉVOYANCE, qui leur adresse alors un dossier de demande de versement du capital décès.

—
Ce dossier doit être retourné à AGRI PRÉVOYANCE, dûment complété et accompagné des pièces justificatives nécessaires au règlement des garanties décès. Les pièces justificatives à fournir sont décrites ci-après :

CAPITAL DÉCÈS :

- **Justificatifs concernant le défunt :** acte de décès et copie du livret de famille. S'il y a lieu, il pourra être demandé un certificat médical post mortem (cause naturelle ou non) et/ou un extrait d'acte de naissance du défunt.
- **Justificatifs concernant les bénéficiaires :** copie de la pièce d'identité du bénéficiaire désigné et, le cas échéant, acte de notoriété.
- **Justificatifs concernant les enfants à charge :** un certificat de scolarité, s'ils ont plus de 18 ans.

— **RENTE ÉDUCATION**

- une copie intégrale de l'acte de décès ou un extrait d'acte de naissance avec filiation pour chacun des bénéficiaires ;
- le cas échéant : tous documents relatifs à la qualité du bénéficiaire et prouvant qu'il est à charge selon les termes de la définition donnée dans le présent document.

— **FRAIS D'OBSÈQUES**

- la facture originale acquittée des frais d'obsèques.

—
AGRI PRÉVOYANCE se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire qu'elle juge nécessaire au règlement de la prestation.

—
Le règlement de la prestation est effectué au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans les quinze jours suivant la date de réception de l'intégralité des pièces justificatives par l'Institution.

Annexe 4 — Tableau des garanties santé

Garanties	RÉGIME FRAIS DE SANTE ETAR DE BASSE-NORMANDIE			
	Remboursements régime de base(1)	Remboursements complémentaire(1)	Remboursements totaux(1)	Services d'assistance
Soins courants				
■ Honoraires de généralistes et spécialistes	70% BR(2)	230% BR(2)	300% BR(2)	Information par téléphone sur les adresses proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin
■ Honoraires de médecine douce 4 pratiques médicales : acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie	-	23€/consultation dans la limite de 4/an/famille	23€/consultation dans la limite de 4/an/famille	
■ Analyses biologiques, Auxiliaires médicaux, Radiologie et Actes techniques (3)	60 à 70% BR	30 à 40% BR	100% BR	Information par téléphone sur les laboratoires et centres de radiologie proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin
■ Pharmacie	15 à 65% BR	TM	100% BR	4 portages de médicaments à domicile en cas d'immobilisation de plus de 5 jours
■ Pharmacie sur prescription non prise en charge par le régime de base	-	40€/an/famille	40€/an/famille	
■ Vaccins non pris en charge par le régime de Base	-	40€/an/famille	40€/an/famille	Information sur le calendrier des vaccins
Prothèses				
■ Prothèses et appareillage (dont orthopédie) Part obligatoire 65% BR	60% BR	405% BR	465% BR	Informations par téléphone pour trouver le matériel. Organisation de la livraison
■ Part obligatoire 100% BR	100% BR	400% BR	500% BR	
■ Prothèses auditives	60% BR	395% BR + crédit 350€ par oreille(4)	455% BR + crédit 350€ par oreille(4)	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une prothèse de remplacement en cas de perte
Optique				
■ Forfait montures + lentilles	60% BR	175€/an	60% BR + 175€/an	
■ Forfait verres unifocaux	60% BR	182€/paire limité à 1 paire/an	60% BR + 182€/paire limité à 1 paire/an	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une paire de lunettes de remplacement en cas de perte.
■ Forfait verres progressifs et multifocaux	60% BR	350€/paire limité à 1 paire par an	60% BR + 350€/paire limité à 1 paire par an	Service d'analyse et de conseil sur les devis optique
■ Forfait optique	-	+50€ la 3 ^{ème} année si pas de consommation les 2 années précédentes	+50€ la 3 ^{ème} année si pas de consommation les 2 années précédentes	

Garanties	RÉGIME FRAIS DE SANTE ETAR DE BASSE-NORMANDIE			
	Remboursements régime de base(1)	Remboursements complémentaire(1)	Remboursements totaux(1)	Services d'assistance
Dentaire				
■ Soins dentaires	70% BR	30% BR	100% BR	Service d'analyse et de conseil sur les devis dentaire
■ Prothèses dentaires	70% BR	340% BR	410% BR	
■ Inlays core	70% BR	100% BR	170% BR	
■ Forfait parodontologique	-	100€/an	100€/an	
■ Forfait implantologie	-	200€/an	200€/an	
■ Orthodontie acceptée par le Régime de Base	100% BR	250% BR	350% BR	
Hospitalisation médicale ou chirurgicale				
■ Frais de séjour	80 à 100% BR	0 à 20% BR	100% BR	Remboursement complémentaire d'un éventuel reliquat sur les frais de lit d'accompagnant et de télévision Remboursement des frais de transfert du téléphone du domicile sur celui de la chambre
■ Honoraires	80 à 100% BR	400 à 500% BR	480% à 500% BR	
■ Forfait journalier	-	FR	FR	
■ Chambre particulière	-	78€/jour limité à 60 jours/an	78€/jour limité à 60 jours/an	
■ Frais de lit d'accompagnant	-	52€/jour limité à 30 jours/an(5)	52€/jour limité à 30 jours/an(5)	
■ Forfait confort : prise en charge des frais de télévision et de téléphone	-	26€/an	26€/an	
Maternité				
■ Honoraires	100% BR	200% BR	300% BR	Information par téléphone sur la santé, vie quotidienne, diététique, hygiène, vaccins. Orientation vers organismes spécialisés
■ Chambre particulière	-	52€/jour	52€/jour	
Psychiatrie				
■ Frais de séjour	80 à 100% BR	0 à 20% BR	100% BR	
■ Honoraires	80 à 100% BR	200 à 220% BR	300% BR	
■ Forfait journalier	-	FR limité à 30 jours/an	FR limité à 30 jours/an	
Polyvalents				
■ Transport pris en charge sur prescription (sauf transport cure thermale)	65% BR	FR	FR	Communication d'adresses d'ambulanciers et organisation de la course
■ Forfait actes lourds « 18 euros »	-	18€	18€	
■ Forfait de confort en cas d'hospitalisation à domicile accepté par le Régime de Base (HAD)	-	52€/jour limité à 60 jours/an + Forfait prestations de services limité à 400€/an/famille	52€/jour limité à 60 jours/an + Forfait prestations de services limité à 400€/an/famille	Communication d'adresses de prestataires à domicile. Organisation et prise en charge de 20 jours de prestations de service dans la limite de 30h/an/contrat
■ Cures thermales : frais balnéaires acceptés	65% ou 70% BR	30 ou 35% BR + 150€/an	100% BR + 150€/an	

NB : les prestations des services assistance sont exprimées « à concurrence de ». (1) Uniquement en secteur conventionné 1 et 2, praticiens et/ou établissements ; (2) Les dépassements sur les consultations hors parcours ne sont pas pris en charge ; (3) Y compris les actes de prévention « responsables » prévus par l'arrêté du 8 juin 2006 ; (4) Un équipement tous les 3 ans et un réglage par an ; (5) Y compris frais de lit d'accompagnant en maison de parents ou structure hôtelière agréée par l'établissement hospitalier. BR : base de remboursement à partir de laquelle est calculé le remboursement obligatoire ; TM : ticket modérateur ; le ticket modérateur est la part financière qui reste à votre charge après le remboursement de l'Assurance Maladie ; FR : frais réels.

Annexe 5 — Services d'assistance à destination des assurés

Les remboursements s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats dits « responsables », institué par l'Article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures

En l'absence de prise en charge du régime de base, ces mêmes remboursements peuvent aussi être exprimés dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire.

En tout état de cause, l'addition de remboursements du régime de base et du régime complémentaire ne peut dépasser le montant des frais réellement engagés par le bénéficiaire.

ARTICLE 1 Les services d'assistance

—

Les services d'assistance AGRICA et la gestion des prestations d'assistance sont assurés par MUTUAIDE ASSISTANCE, sise 8-14 avenue des Frères Lumière, 94366 BRY SUR MARNE Cedex. Ils sont définis dans le tableau des garanties de l'annexe 4.

Dans le cadre de cette assistance, MUTUAIDE ASSISTANCE se présente sous le nom d'AGRICA ASSISTANCE et accomplit les démarches nécessaires pour l'accès aux prestations.

ARTICLE 2 Prise d'effet de l'assistance

—

L'assuré bénéficie de l'assistance dès qu'il ouvre droit à la garantie frais de santé.

L'assistance s'arrête en cas de résiliation de la garantie Frais de Santé ou en cas de sortie du salarié du groupe assuré.

Dans cette hypothèse, les prestations prévues sont prises en charge si l'événement qui y a donné naissance est antérieur à la date de résiliation ou de sortie du contrat.

ARTICLE 3 Lieu ou s'exerce l'assistance

—

L'assuré bénéficie des services d'assistance d'AGRICA à son domicile situé en France métropolitaine, Principautés d'Andorre ou de Monaco.

ARTICLE 4 Conditions d'intervention de l'assistance

—

Seul l'appel téléphonique au moment de l'évènement permet le déclenchement de

l'assistance. Les prestations doivent être organisées par les soins d'AGRICA ASSISTANCE ou avec son accord.

—

• Responsabilité

La responsabilité d'AGRICA ASSISTANCE ne peut en aucun cas être engagée pour des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure, ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engin, effet nucléaire ou radioactif, empêchement climatique.

—

• Cadre de son intervention

AGRICA ASSISTANCE intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales. AGRICA ASSISTANCE ne peut, en aucun cas, se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

L'assuré doit permettre aux médecins d'AGRICA ASSISTANCE l'accès à toute information médicale concernant la personne pour laquelle AGRICA ASSISTANCE intervient. Cette information sera traitée avec confidentialité et dans le respect du secret médical.

—

• Contrôle des droits invoqués

Pour bénéficier d'une prestation, AGRICA ASSISTANCE peut demander à l'assuré de justifier de la qualité qu'il invoque et de produire, à ses frais, les pièces ou documents prouvant ce droit.

• Remboursement de factures

AGRICA ASSISTANCE remboursera, **après accord express**, à l'assuré, sur présentation des originaux, les factures correspondant aux frais engagés et ce, sous réserve d'avoir contacté AGRICA ASSISTANCE dans les délais impartis.

Ces demandes doivent être adressées à :
AGRICA-ASSISTANCE, MUTUAIDE ASSISTANCE
8/14 avenue des Frères Lumière
94 366 BRY SUR MARNE Cedex.

ARTICLE 5

Démarches pour bénéficiaire de l'assistance

—

AGRICA ASSISTANCE est accessible 24H/24, 7 jours/7.

→ Numéro de téléphone de l'assistance :

01 45 16 65 15.

→ Numéros de fax :

01 45 16 63 92 et 01 45 16 63 94.

→ Informations nécessaires lors de l'appel

L'assuré doit fournir les informations suivantes, qui lui seront demandées lors de son appel :

- le nom et l'adresse de l'entreprise adhérente au contrat frais de santé AGRICA,
- l'identifiant du contrat,
- son nom et prénom,
- son numéro d'INSEE,
- l'adresse de son domicile,
- le cas échéant, le nom et prénom de la personne qui bénéficiera des prestations,
- le lieu et le numéro de téléphone où il peut être joint,
- la nature de son problème.

