

Régime de santé

Salariés non cadres des exploitations et entreprises agricoles
relevant de l'accord départemental des Alpes de
Haute-Provence du 22 juillet 2009

Conditions Générales

Titre 1 — Dispositions générales	4
ARTICLE 1-1 COMPOSITION DU CONTRAT	4
ARTICLE 1-2 OBJET DU CONTRAT	4
ARTICLE 1-3 MODULARITÉ DU CONTRAT	4
ARTICLE 1-4 ORGANISME ASSUREUR	4
ARTICLE 1-5 DÉLÉGATION DE GESTION	4
ARTICLE 1-6 PRESCRIPTION	4
ARTICLE 1-7 RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE	5
ARTICLE 1-8 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	5
ARTICLE 1-9 RÉCLAMATIONS - MÉDIATION	5
Titre 2 — Exécution du contrat	6
ARTICLE 2-1 ADHÉSION DES ENTREPRISES AU CONTRAT	6
ARTICLE 2-2 PRISE D'EFFET / DURÉE ET RÉVISION DU CONTRAT	6
ARTICLE 2-3 GROUPE ASSURÉ	8
ARTICLE 2-4 AFFILIATION ET ADMISSION DANS L'ASSURANCE DES PARTICIPANTS	8
ARTICLE 2-5 RENONCIATION DU PARTICIPANT À L'EXTENSION FAMILLE	10
ARTICLE 2-6 RÉSILIATION DE L'EXTENSION FAMILLE PAR LE PARTICIPANT	10
ARTICLE 2-7 OBLIGATIONS DE L'INSTITUTION	11
ARTICLE 2-8 OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE	11
ARTICLE 2-9 OBLIGATIONS DU PARTICIPANT	11
Titre 3 — Cotisations	13
ARTICLE 3-1 MONTANT DES COTISATIONS	13
ARTICLE 3-2 MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS	13
ARTICLE 3-3 DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	13
Titre 4 — Garanties	15
ARTICLE 4-1 BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES	15
ARTICLE 4-2 ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES	15
ARTICLE 4-3 MONTANT DES GARANTIES	15
ARTICLE 4-4 LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIES	15
ARTICLE 4-5 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES	16
ARTICLE 4-6 RÉGLEMENT DES PRESTATIONS ET CONTRÔLE	16
ARTICLE 4-7 CESSATION DES GARANTIES	17
ARTICLE 4-8 DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL SUPÉRIEURE À UN MOIS CIVIL	17
ARTICLE 4-9 MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL	18
Annexe 1 — Définitions	22
ARTICLE 1 DÉFINITIONS DES INTERVENANTS AU CONTRAT	22
ARTICLE 2 DÉFINITIONS DES TERMES PROPRES AU CONTRAT	23
Annexe 2 — Service tiers payant	28
Annexe 3 — Tableau des garanties	30

Préambule

Par **accord départemental du 22 juillet 2009**, les partenaires sociaux de la production agricole des Alpes de Haute-Provence ont mis en place **une assurance complémentaire frais de santé pour les salariés non cadres** des exploitations et des entreprises agricoles des branches définies à l'article 2-1 des présentes Conditions Générales.

Cet accord a été modifié par l'avenant n°1 conclu par les partenaires sociaux en date du 9 décembre 2013 entrant en vigueur au 1^{er} juin 2014.

AGRI PRÉVOYANCE a été désignée comme assureur de cette garantie.

Ce régime départemental est entré en vigueur **au 1^{er} janvier 2010**. Il est mis en œuvre par le présent contrat.

Conformément à cet accord, les salariés non cadres des entreprises relevant dudit accord bénéficient de la garantie frais de santé à titre obligatoire. La couverture obligatoire des salariés non cadres peut être étendue à leurs ayants droit par la souscription de l'extension famille.

Titre 1 — Dispositions générales

ARTICLE 1-1 Composition du contrat

—

Le contrat se compose :

- des présentes Conditions Générales ;
- d'un certificat d'adhésion valant Conditions Particulières.

obligatoire du salarié au bénéfice de ses ayants droit, tels que définis à l'annexe 1. Elle est à affiliation facultative pour chaque salarié.

ARTICLE 1-2 Objet du contrat

—

Le présent contrat est un contrat collectif obligatoire ayant pour objet de garantir, à **l'ensemble des salariés non cadres** appartenant au groupe assuré défini ci-après à l'article 2-3, le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées pour leur compte, en complétant, acte par acte, les prestations versées par le régime de base, **dans la limite des frais réellement engagés.**

Ce contrat, qui est régi par le LIVRE IX du Code de la Sécurité sociale, satisfait aux conditions exigées par les Pouvoirs Publics pour répondre aux définitions de « **contrat solidaire** » et « **contrat responsable** ».

ARTICLE 1-3 Modularité du contrat

—

Le contrat se compose d'une garantie obligatoire à laquelle peut s'adosser une extension famille facultative :

- **Garantie obligatoire** : elle correspond à la garantie définie par l'accord départemental des Alpes de Haute-Provence du 22 juillet 2009. Elle est obligatoire pour tous les salariés appartenant au groupe assuré ;
- **Extension famille facultative** : elle constitue une extension de la garantie

ARTICLE 1-4 Organisme assureur

—

Les garanties du contrat sont assurées par :
AGRI PRÉVOYANCE
21 rue de la Bienfaisance
75382 PARIS CEDEX 08

Institution de Prévoyance, ci-après dénommée « **l'Institution** », régie par les dispositions de l'article L.727-2 II du Code Rural et de la pêche maritime et du Livre IX du Code de la Sécurité sociale et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe 61 rue Taitbout, 75009 PARIS.

ARTICLE 1-5 Délégation de gestion

—

Conformément aux dispositions de l'accord départemental du 22 juillet 2009 et de la convention d'assurance et de gestion le complétant conclue entre les partenaires sociaux et AGRI PRÉVOYANCE, la gestion administrative des adhésions, des affiliations, du recouvrement des cotisations et du paiement des prestations afférentes au présent contrat est déléguée à la caisse de **Mutualité Sociale Agricole (MSA)** dont relèvent les entreprises adhérentes et les participants.

ARTICLE 1-6 Prescription

—

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par 2 ans à compter de la date de

l'évènement, dans les conditions prévues à l'article L. 932-13 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 1-7 Recours contre tiers responsable

—
Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaires, l'Institution est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions du participants, du bénéficiaire ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables conformément à l'article L. 931-11 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 1-8 Informatique et libertes

—
Les informations concernant les salariés et leurs 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, les intéressés peuvent demander, en justifiant de leur identité, communication et rectification, s'il y a lieu, de toute information les 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@groupagric.com ».

ARTICLE 1-9 Réclamations – Médiation

—
En cas de désaccord persistant, en dehors de toute demande d'information ou d'avis, il est possible d'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 AGRICA en cliquant sur la rubrique « Réclamations ».

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

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

—
Dès lors, AGRI PRÉVOYANCE adresse un accusé de réception dans les 10 jours suivant la réception de la demande puis traite la réclamation dans un délai maximal de 2 mois. Par suite, un recours peut être présenté par l'entreprise ou le participant auprès du Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP) dont le siège se situe 10, rue Cambacérés, 75008 Paris.

Titre 2 — Exécution du contrat

ARTICLE 2-1 Adhésion des entreprises au contrat

2-1-1 ADHÉSION OBLIGATOIRE

Le caractère obligatoire de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat résulte de la signature de **l'accord départemental du 22 juillet 2009** par les partenaires sociaux et de son extension par le Ministère chargé de l'Agriculture.

1. Champ d'application de l'accord

Entrent dans le champ d'application de l'accord départemental des Alpes de Haute-Provence du 22 juillet 2009 et doivent donc adhérer au présent contrat, les exploitations et entreprises agricoles des branches et secteurs d'activités suivants :

- Polyculture et élevage, quelles que soient les productions et les formes juridiques adoptées ;
- Les structures agro-touristiques et activités qui sont dans le prolongement de l'acte de production, ou qui ont pour support l'exploitation.

Le présent accord s'applique aux entreprises et établissements des Alpes de Haute-Provence.

2. Adhésion et antériorité d'une assurance complémentaire frais de santé

Conformément aux termes de l'accord départemental du 22 juillet 2009, les entreprises ayant mis en place, préalablement à ces dates, une assurance complémentaire frais de santé de niveau égal ou inférieur, doivent le résilier de manière à adhérer au présent contrat à compter

de la date de son entrée en vigueur, dans un délai maximum de trois mois.

3. Modalités d'adhésion des entreprises

L'Institution délègue aux caisses de la MSA le soin de procéder à l'enregistrement de l'adhésion des entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord départemental du 22 juillet 2009 et ne disposant pas déjà d'une assurance complémentaire frais de santé antérieure, d'un niveau supérieur.

L'entreprise qui adhère au présent contrat est dénommée ci-après « **entreprise adhérente** ». L'entreprise adhérente est informée de la prise en compte de son adhésion par la réception d'un certificat d'adhésion valant Conditions Particulières.

2-1-2 EXTENSION FAMILLE FACULTATIVE

Le participant peut choisir d'étendre à l'ensemble de ses ayants droit tels que définis à l'annexe 1, le bénéfice de ses garanties obligatoires.

Le participant doit alors remplir et signer le bulletin d'affiliation et le transmettre à l'Institution accompagné des justificatifs pour chaque ayant droit.

ARTICLE 2-2 Prise d'effet / durée et révision du contrat

2-2-1 PRISE D'EFFET

Le contrat prend effet :

- le jour de l'entrée en vigueur de l'accord départemental du 22 juillet 2009, **soit le 1^{er} janvier 2010**, lorsque l'entreprise entre, à

cette date, dans le champ d'application de l'accord départemental du 22 juillet 2009 et qu'elle ne dispose pas d'une assurance complémentaire frais de santé antérieure, d'un niveau supérieur à celui prévu par le présent contrat ;

- dès le 1^{er} jour de son entrée dans le champ d'application de l'accord départemental du 22 juillet 2009, notamment en cas de création d'entreprise postérieurement au 1^{er} janvier 2010 ;
- le cas échéant, dès le 1^{er} jour qui suit la prise d'effet de la résiliation du contrat d'assurance complémentaire frais de santé préexistant décrits à l'article 2-1-1, 2.

Le certificat d'adhésion adressé à l'entreprise adhérente précise la prise d'effet de son adhésion.

—

2-2-2 DURÉE

L'adhésion de l'entreprise au présent contrat étant rendue obligatoire par l'accord départemental du 22 juillet 2009, les seuls cas de cessation de l'adhésion sont :

- le changement d'organisme assureur décidé par les partenaires sociaux ;
- la dénonciation de l'accord départemental du 22 juillet 2009 décidée par les partenaires sociaux ;
- la cessation d'activité de l'entreprise adhérente ;
- le changement de siège social de l'entreprise adhérente ayant pour effet de la faire sortir du champ d'application de l'accord départemental du 22 juillet 2009.

2-2-3 RÉVISION DES GARANTIES OU DES COTISATIONS

Les dispositions du présent contrat sont établies en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de signature de l'accord départemental du 22 juillet 2009, notamment celles applicables au régime de base de Sécurité sociale en ce qui concerne les bases et taux de remboursement. En cas de changement de celles-ci postérieurement à cette date, nécessitant une modification des dispositions du présent contrat, notamment lorsque la révision est motivée par la nécessité de conserver au contrat son caractère « responsable », une concertation devra être engagée avec la Commission paritaire de suivi de l'accord départemental du 22 juillet 2009 et le cas échéant faire l'objet d'un avenant audit accord. Dans cette hypothèse, l'Institution indiquera à l'entreprise adhérente les modifications applicables pour maintenir au contrat son caractère « responsable ».

Par ailleurs, si les résultats de l'assurance devenaient déficitaires, et après concertation et conclusion d'un avenant à l'accord départemental du 22 juillet 2009 par les partenaires sociaux, l'Institution pourra procéder à une révision tarifaire ou à une diminution des garanties.

Toute taxe ou contribution qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite, pourrait être, après concertation avec la Commission paritaire de suivi et conclusion d'un avenant à l'accord départemental du 22 juillet 2009 par les

partenaires sociaux, mise à la charge de l'entreprise adhérente et/ou des participants et serait payable en même temps que la cotisation.

ARTICLE 2-3 Groupe assuré

—
Le groupe assuré est constitué par l'ensemble des participants non cadres des entreprises adhérentes, **justifiant d'au moins six mois d'ancienneté au titre du contrat de travail en cours**.

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

L'affiliation prend effet le 1^{er} jour du mois civil au cours duquel le participant atteint cette ancienneté de six mois.

Dès l'entrée dans le groupe assuré, le salarié est dénommé ci-après « participant ».

ARTICLE 2-4 Affiliation et admission dans l'assurance des participants

—
L'affiliation des participants s'effectue sans questionnaire et sans examen médical préalable.

2-4-1 GARANTIE OBLIGATOIRE

1.Principe : affiliation obligatoire des participants

Sous réserve des cas d'affiliations facultatives expressément prévus dans l'accord

départemental du 22 juillet 2009 et visés au paragraphe ci-dessous, l'ensemble des participants présents et futurs constituant le groupe assuré, y compris ceux dont le contrat de travail est suspendu et ceux bénéficiant des dispositions applicables en matière de cumul Emploi/Retraite, doit **être obligatoirement affilié au présent contrat**.

—
L'Institution délègue aux caisses de MSA le soin de déterminer les participants à affilier au sein des entreprises adhérentes.

—
L'affiliation et l'admission dans l'assurance du participant prennent effet :

- à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat, lorsque l'intéressé est inscrit sur les registres du personnel à cette date et qu'il fait partie du groupe assuré ;
- à compter du 1^{er} jour du mois civil au cours duquel les conditions nécessaires pour entrer dans le groupe assuré sont satisfaites, notamment lorsque le participant est engagé postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat.

2. Dérogation : cas de dispense d'affiliation

Le salarié appartenant au groupe assuré peut être dispensé d'affiliation et choisir de ne pas être affilié au présent contrat dès lors qu'il relève de l'une des situations suivantes :

- Le salarié bénéficie d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit de son conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS,

en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, avec :

- soit un niveau de prestations au moins équivalentes à celles du présent accord,
- soit une clé de répartition des cotisations employeur/salarié plus favorable au salarié, et un niveau de prestations au moins équivalentes à celles du présent accord.

—

Le salarié peut demander à être exclu de l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord, dès lors qu'il apporte 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 clé de répartition des cotisations à un niveau inférieur à celui fixé dans le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié.

—

- Le salarié bénéficie de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L.863-1 du Code de la Sécurité sociale. Cette dispense ne vaut que jusqu'à échéance du contrat individuel.
- Le salarié bénéficie d'une couverture complémentaire santé obligatoire du fait d'une autre activité, hors champ d'application du présent accord, exercée simultanément.

- Les salariés à temps partiel ayant 6 mois d'ancienneté et plus dès lors que leur cotisation complémentaire santé est égale ou supérieure à 10% de leur rémunération.

—

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

—

- Les salariés en contrat à durée déterminée y compris les apprentis, ayant 6 mois d'ancienneté et moins de 12 mois d'ancienneté.

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme désigné. Il s'agira de l'employeur chez lequel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord entre les employeurs et le salarié.

La mise en œuvre de l'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que **sur demande écrite du salarié concerné**, qui devra produire chaque année à l'entreprise adhérente les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

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

La demande d'exclusion doit être faite par écrit à l'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.

Le salarié qui ne remplit plus les conditions requises à la dispense d'affiliation doit en informer l'entreprise adhérente. Il doit alors obligatoirement être affilié au présent contrat à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant.

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

2-4-2 EXTENSION FAMILLE FACULTATIVE

L'extension famille peut être demandée à l'Institution par le participant :

- au moment de son affiliation à la garantie obligatoire. Les ayants droit sont alors admis dans l'assurance en même temps que le participant auquel ils se rattachent ;
- en cours d'année, dans les 30 jours qui suivent l'évènement en cas de changement dans la situation familiale du participant ou de modification dans la situation professionnelle de son conjoint, tel que défini à l'annexe 1 des présentes Conditions Générales. Les ayants droit sont alors admis dans l'assurance à compter du 1^{er} jour du mois civil de l'évènement ;
- annuellement, au plus tard le 30 novembre de chaque année. Les ayants droit sont alors admis dans l'assurance à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

Cette demande est formalisée par un bulletin d'affiliation dûment complété par le participant.

Lors de toute modification dans sa situation familiale, le participant devra remplir et signer le bulletin de modification.

ARTICLE 2-5 Renonciation du participant à l'extension famille

Le participant qui a choisi de bénéficier de l'extension famille a la faculté d'y renoncer, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Institution, dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est 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 recommandée.

ARTICLE 2-6 Résiliation de l'extension famille par le participant

Le participant a la faculté de résilier l'extension famille :

- annuellement, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Institution, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La résiliation prend alors effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

→ en cours d'année, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Institution, dans les 30 jours qui suivent l'évènement, en cas de changement dans la situation familiale du participant ou de la modification professionnelle de son conjoint. La résiliation prend alors effet dès la survenance à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit l'évènement.

—

En cas de résiliation, toute 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 du conjoint.

ARTICLE 2-7 Obligations de l'Institution

—

L'Institution s'engage à établir et à remettre à l'entreprise adhérente une notice d'information détaillée qui définit notamment les garanties prévues par le contrat et les modalités d'application.

ARTICLE 2-8 Obligations de l'entreprise adhérente

—

2-8-1 À L'ÉGARD DU PARTICIPANT AFFILIÉ

L'entreprise adhérente, doit conformément aux dispositions de l'article L. 932-6 du Code de la Sécurité sociale :

- remettre à chaque participant la notice d'information établie par l'Institution et prévue à l'article précédent ;
- avertir, par écrit, les participants des modifications apportées à leurs droits et obligations suite à une révision du régime ;
- prévenir les participants lorsqu'ils sortent du groupe assuré des conditions dans lesquelles ils peuvent bénéficier du maintien des garanties prévues à l'article 4-9 des présentes Conditions Générales, sous forme de contrat individuel ;

La preuve de la remise au participant de la notice d'information et de toutes modifications contractuelles incombe à l'entreprise adhérente.

—

2-8-2 À L'ÉGARD DE L'INSTITUTION

L'entreprise adhérente s'oblige :

- à accepter l'affiliation de l'ensemble des participants appartenant au groupe assuré ;
- à verser les cotisations selon les modalités définies ci-après ;
- à répondre aux questions de l'Institution ou de la caisse de MSA relatives à l'application du contrat ;
- à fournir à la caisse de MSA les éléments nécessaires à la gestion du présent contrat, notamment les entrées et les sorties du personnel ainsi que la liste des participants ayant demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation.

ARTICLE 2-9 Obligations du participant

—

2-9-1 POUR LA GARANTIE OBLIGATOIRE

Chaque participant s'oblige :

- à accepter le précompte des cotisations ;
- à fournir à l'Institution et à la caisse de MSA, les renseignements nécessaires à l'établissement de ses droits et obligations, soit par l'intermédiaire de l'entreprise adhérente, soit directement en cas de maintien des garanties sous forme de contrat individuel dans les conditions prévues à l'article 4-9.

2-9-2 POUR L'EXTENSION FAMILLE FACULTATIVE

Chaque participant s'oblige :

- à transmettre à l'Institution le bulletin d'affiliation dûment complété et signé, accompagné des pièces justificatives ;
 - à accepter le prélèvement des cotisations par la caisse de MSA ;
 - à fournir à l'Institution et à la caisse de MSA, les renseignements nécessaires à l'établissement de ses droits et obligations.
-

Titre 3 — Cotisations

ARTICLE 3-1 Montant des cotisations

3-1-1 GARANTIE OBLIGATOIRE

La garantie du présent contrat est accordée aux participants moyennant le paiement d'une cotisation fixée en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS), égale à : **1,25 % du montant du plafond mensuel de la Sécurité sociale**, réparti comme suit :

- 15 % à la charge de l'employeur, soit un taux de 0,1875 % ;
- 85 % à la charge du participant, soit un taux de 1,0625 %.

3-1-2 EXTENSION FAMILLE

L'extension de la garantie obligatoire souscrite au bénéfice des ayants droit du participant est accordée moyennant une **cotisation additionnelle**, entièrement à la charge du participant, égale à :

+1,82 % du montant du PMSS pour la couverture de la famille (conjoint et enfants à charge).

Les pourcentages ci-dessus sont applicables en 2014 dans le cadre de la réglementation en vigueur au 1^{er} juin 2014. Ils pourront varier par la suite pour maintenir l'équilibre du contrat.

ARTICLE 3-2 Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations sont dues dans leur intégralité pour tout mois commencé, notamment en cas d'entrée du participant dans le groupe assuré ou de rupture de contrat de travail en cours de mois. Les cotisations cessent d'être dues à la fin du mois de la cessation d'affiliation.

3-2-1 GARANTIE OBLIGATOIRE

Ces cotisations sont appelées et recouvrées par la caisse de MSA, auprès des employeurs, conjointement aux cotisations sociales de base, dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités que les Assurances Sociales. Elles sont directement précomptées sur les fiches de paie par l'employeur.

3-2-2 EXTENSION FAMILLE FACULTATIVE

Ces cotisations sont appelées et recouvrées par les caisses de MSA directement auprès des participants.

Les cotisations dues doivent être réglées sous forme d'acompte mensuel par prélèvement automatique sur le compte bancaire du participant. Elles sont exigibles le premier jour du mois suivant le mois civil auquel elles se rapportent.

Le versement des cotisations est de la seule responsabilité du participant et doit être effectué avant la date limite de paiement fixée le dernier jour du mois de son exigibilité.

ARTICLE 3-3 Défaut de paiement des cotisations

3-3-1 GARANTIE OBLIGATOIRE

Sous réserve des cas de maintien de la garantie sous forme de contrat individuel, dans les conditions prévues à l'article 4-9, le versement des cotisations prévues par le présent contrat est de la seule responsabilité de l'entreprise adhérente, même si une fraction de celles-ci est à la charge effective des participants.

En cas de non-paiement des cotisations dans le délai imparti, il sera fait application de majorations de retard selon les mêmes modalités que celles applicables aux cotisations d'Assurances sociales.

Si la procédure précontentieuse demeurerait infructueuse, une procédure contentieuse sera diligentée.

3-3-2 EXTENSION FAMILLE FACULTATIVE

A défaut de paiement de tout ou partie de la cotisation dans les 10 jours qui suivent l'échéance mensuelle, l'Institution adresse, par lettre recommandée avec accusé de réception, au participant une mise en demeure de procéder au paiement de la cotisation.

En cas de mise en demeure restée infructueuse, l'Institution pourra, passé un délai de 30 jours, suspendre la garantie, puis la résilier 10 jours plus tard si aucun règlement n'est intervenu.

En cas de régularisation de la mise en demeure, après suspension des garanties et avant résiliation, les garanties issues du présent contrat reprennent effet le lendemain midi du jour du paiement.

Les frais de poursuite et de recouvrement sont à la charge du participant.

Titre 4 — Garanties

ARTICLE 4-1 Bénéficiaires des garanties

—

Les bénéficiaires des garanties sont :

- le participant appartenant au groupe assuré défini à l'article 2-3 des présentes Conditions Générales ;
- les ayants droit affiliés définis à l'annexe 1, en cas de demande d'extension famille par le participant.

Les garanties sont accordées aux participants et à leurs éventuels ayants droit dans la mesure où ils bénéficient de droits ouverts au titre des prestations en nature du régime de base.

Entrée en vigueur des garanties

ARTICLE 4-2

—

1. POUR LE PARTICIPANT

Les garanties entrent en vigueur immédiatement, dès la prise d'effet de l'affiliation du participant, conformément aux dispositions de l'article 2-4 des présentes Conditions Générales.

—

2. POUR LES AYANTS DROIT DU PARTICIPANT

Les garanties entrent en vigueur à l'égard des ayants droit, immédiatement, dès leur admission dans l'assurance, conformément aux dispositions de l'article 2-4 des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 4-3 Montant des garanties

—

Les montants des remboursements garantis par le présent contrat **correspondent à ceux prévus par l'accord départemental du 22 juillet 2009.**

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 3.**

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 4-4 Limites et exclusions de garanties

—

D'une manière générale, ne sont pas pris en charge :

- **les frais engagés au titre d'actes exécutés avant la date d'entrée en vigueur des garanties ou après la cessation des garanties ;**
- **les frais ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale ;**
- **les frais n'ouvrant pas droit aux prestations en nature de la MSA au titre de l'Assurance Maladie ou Maternité, sauf exceptions prévues au tableau des garanties figurant en annexe 3.**

1. LIMITES LIÉES AU CARACTÈRE « RESPONSABLE » DU CONTRAT

Le présent contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits « responsables » institué par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures.

Notamment, il ne rembourse :

- ni la participation forfaitaire, ni la franchise respectivement prévues aux II et III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- ni les pénalités ou majorations autorisées mises à la charge de l'assuré en cas de non respect du parcours de soins, d'absence de désignation d'un médecin traitant ou de refus d'accès à son dossier médical personnel.

2. LIMITES LIÉES AUX ACTES OU AUX FRAIS

Ne sont pas pris en charge au titre de cette garantie :

- les frais d'implantologie ou de parodontologie ;
- les frais personnels et accessoires (suppléments éventuels pour boissons, téléphone, télévision, etc.) en cas d'hospitalisation.

3 PRÉCISIONS EN CAS D'ASSURANCES CUMULATIVES

Les remboursements du régime de base, de l'Institution et de tout autre organisme ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le participant peut obtenir remboursement de ses frais en s'adressant à l'organisme de son choix.

Sous peine de déchéance, le participant doit faire la déclaration de ses assurances cumulatives. Cette obligation est valable pendant toute la durée de l'affiliation au présent contrat.

ARTICLE 4-5 Etendue territoriale des garanties

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

ARTICLE 4-6 Règlement des prestations et contrôle

Les prestations prévues au présent contrat sont réglées **directement par la caisse de MSA** du participant, seul interlocuteur pour le remboursement de ses frais de santé complémentaires et obligatoires.

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

Le participant qui, intentionnellement, fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement, perd tout droit aux garanties pour la demande de règlement en cause. En cas de récupération de la part de la Mutualité Sociale Agricole, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, l'Institution de prévoyance se réserve le droit de récupérer toutes prestations complémentaires indûment réglées au participant.

ARTICLE 4-7 Cessation des garanties

1. POUR LE PARTICIPANT

Les garanties obligatoires et facultatives du participant au présent contrat cessent :

- le dernier jour du mois au cours duquel il cesse d'appartenir au groupe assuré visé à l'article 2-3 des présentes Conditions Générales ;
- le dernier jour du mois au cours duquel intervient la rupture de son contrat de travail, s'il quitte l'entreprise adhérente avant l'âge d'admission à la retraite quel qu'en soit le motif. A cette date, le participant licencié ou invalide pourra, à sa 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 4-9 des présentes Conditions Générales ;
- le dernier jour du mois au cours duquel intervient la cessation totale d'activité liée à la liquidation de la pension vieillesse de la

Mutualité Sociale Agricole. A cette date, tout participant retraité en faisant la demande pourra contracter un contrat proposé à titre individuel, dans les conditions définies à l'article 4-9 des présentes Conditions Générales.

- le dernier jour du mois au cours duquel il cesse de percevoir une rémunération, sous réserve des dispositions spécifiques prévues à l'article 4-8 ci-après.

2. POUR LES AYANTS DROIT DU PARTICIPANT

Outre les cas de renonciation et de résiliation prévus aux articles 2-5 et 2-6 des présentes Conditions Générales, les garanties cessent à l'égard des ayants droit dans les conditions suivantes :

- dès que le salarié cesse d'être au service de l'entreprise adhérente, pour quelle que cause que ce soit,
- dès qu'ils perdent la qualité d'ayant droit, tel que défini à l'Annexe 1 des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 4-8 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail supérieure à un mois civil

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

Le salarié bénéficie des garanties complémentaires frais de santé pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation.

Après cette période, il peut pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'Institution, à souscrire à titre individuel à la garantie en s'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 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 4-9.

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

ARTICLE 4-9 Maintien des garanties sous forme de contrat individuel

1. EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL D'UNE DURÉE SUPÉRIEURE À UN MOIS CIVIL, SANS VERSEMENT DE SALAIRE TOTAL OU PARTIEL PAR L'ENTREPRISE ADHÉRENTE NI VERSEMENT D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

En application de l'accord départemental du 22 juillet 2009 et conformément aux dispositions de l'article précédent, les garanties du présent contrat pourront être maintenues au participant 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 par le participant des cotisations depuis cette date. Le tarif individuel appliqué audit contrat individuel est identique à celui des participants affiliés au présent contrat collectif (part patronale et part salariale).

2. EN CAS DE 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 présent contrat collectif.

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, le tarif applicable aux anciens participants ne pourra être supérieur 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 ou les ayants droit du participant décédé 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.

Annexe 1 — Définitions

ARTICLE 1 Définitions des intervenants au contrat

— ENTREPRISE ADHÉRENTE

L'employeur ayant souscrit le présent contrat collectif.

— PARTICIPANT

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

— AYANTS DROIT

Sont considérés comme ayants droit au sens dudit contrat :

- le conjoint : la personne mariée avec le participant et non séparée de corps ;
- le cocontractant d'un PACS : est assimilée au conjoint, la personne qui a conclu un Pacte Civil de Solidarité avec le participant ;
- le concubin : est assimilée au conjoint, la personne avec laquelle le salarié vit en concubinage, dans la mesure où le participant et son concubin partagent le même domicile et sont libres de tout autre lien de même nature (c'est à dire que chacun est célibataire, veuf, divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité – PACS). Un concubinage est une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple (article 515-8 du Code Civil).
- les enfants à charge :

par enfant, il faut entendre :

- les enfants du participant (légitimes, adoptés ou reconnus) ;
- les enfants recueillis par le participant et pour lesquels 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 conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin du participant 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 à POLE 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.

— CHANGEMENT DE SITUATION FAMILIALE

Sont considérés comme constituant un changement dans la situation familiale du salarié, les événements suivants :

- concubinage ;
- PACS ;
- mariage ;
- rupture des relations de concubinage ;
- dissolution du PACS ;
- séparation de corps ;

- divorce ;
- naissance ou adoption d'un enfant ;
- perte de la qualité d'enfant à charge ;
- décès d'un enfant à charge ou du conjoint.

En cas d'adoption, de séparation de corps ou de divorce, la date de l'événement à prendre en compte est celle du prononcé du jugement.

En cas de conclusion ou de dissolution d'un PACS, la date de l'événement à prendre en compte est celle de l'inscription sur le registre établi à cet effet au tribunal d'instance du lieu de résidence commune.

ARTICLE 2 Définitions des termes propres au contrat

— 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.

—
CRÉDIT

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

—
DEVIS

Devis établi 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 RÉELS

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 SANTÉ

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 — Service tiers payant

Les services de tiers payant suivants sont mis à la disposition des participants :

PHARMACIE

→ le service de TIERS PAYANT PHARMACIE a pour objet de permettre au participant de bénéficier de la dispense d'avance des frais pharmaceutiques. 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 obligatoires et complémentaires par la caisse de MSA.

Entrent dans le cadre de la dispense d'avance, tous les produits pharmaceutiques, médicalement prescrits, dont la prise en charge par la Mutualité Sociale Agricole – au moins pour la part lui incombant – résulte également d'une procédure de tiers payant.

Sont exclus du système Tiers payant, la franchise mentionnée 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 par le participant, ce dernier ne bénéficie pas du Tiers payant, comme stipulé à l'article 162-16-7 du Code de la Sécurité sociale.

La caisse de MSA porte les droits complémentaires sur la carte Vitale, ce qui dispense dans la plupart des cas le participant de présenter la carte complémentaire (sous forme papier) délivrée par la Caisse de MSA. 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 départemental du 22 juillet 2009 ou suite au changement d'organisme assureur ;
- en cas d'utilisations abusives répétées du système ;
- si le participant ne remplit plus les conditions d'ouverture des droits requis au titre de la Mutualité Sociale Agricole obligatoire dont il relève ;
- et en tout état de cause, en cas de départ de l'entreprise du participant.

La caisse de MSA se réserve le droit de réclamer au participant 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 l'Institution, les caisses de MSA 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, la caisse de MSA délégataire délivre pour certains établissements, une prise en charge hospitalière.

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

—

● **Conditions d'application**

Est garantie toute hospitalisation comportant au moins une facturation de 24 heures consécutives. La prise en charge de toute hospitalisation garantie est limitée aux établissements répondant aux deux conditions suivantes :

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

La prise en charge n'est donc pas délivrée :

- en clinique agréée non conventionnée ;
- pour les hospitalisations dites en secteur privé dans les Établissements publics ;
- en cas de défaut de prise en charge par la caisse de MSA pour le régime de base.

● **Formalités administratives**

Sur présentation du justificatif d'identification du participant, l'établissement hospitalier sollicite la prise en charge auprès de l'Institution. Lorsque les conditions requises sont remplies, l'Institution ou la caisse de MSA délégataire transmet un « bon de prise en charge » à l'établissement hospitalier.

De ce fait, aucune avance de fonds, à hauteur des garanties souscrites, n'est réclamée au participant – hormis les dépassements d'honoraires et autres frais accessoires (suppléments éventuels pour boissons, téléphone, etc.) – et l'Institution se substitue au participant pour le règlement à l'établissement hospitalier, des frais laissés à la charge de l'intéressé.

Annexe 3 — Tableau des garanties

Garanties	Remboursements Régime de base ⁽¹⁾	Remboursements complémentaires	Remboursements totaux (y compris Régime de Base) ⁽¹⁾
Soins courants			
■ Consultations, visites, médecins généralistes ou spécialistes	70% BR	30% BR	100% BR
■ Actes techniques médicaux, petite chirurgie	70% BR	30% BR	100% BR
■ Sages femmes	70% BR	30% BR	100% BR
■ Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages pédicures, orthophonistes, orthoptistes	60% BR	40% BR	100% BR
■ Analyses, examens de laboratoire	60% BR	40% BR	100% BR
■ Radiographie, électroradiologie	70% BR	30% BR	100% BR
■ Actes de prévention responsables(2)	de 35% à 70% BR	de 65% à 30% BR	100% BR
Pharmacie			
■ Pharmacie remboursée par le régime de base (toutes vignettes)	De 15% à 65% BR	De 85% à 35% BR	100% BR
Optique			
■ Verres, montures, lentilles	60% BR	395% BR + crédit de 200€/an	455% BR + crédit de 200€/an
Dentaire			
■ Soins et honoraires	70% BR	30% BR	100% BR
■ Prothèses dentaires acceptées	70% BR	140% BR + crédit de 300€/an	210% BR + crédit de 300€/an
■ Orthodontie acceptée	70% BR	150% BR	220% BR
Appareillage			
■ Prothèses auditives acceptées	60% BR	395% BR	455% BR
■ Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, autres prothèses	60% à 100% BR	de 40% à 0% BR	100% BR

Garanties	Remboursements Régime de base ⁽¹⁾	Remboursements complémentaires	Remboursements totaux (y compris Régime de Base) ⁽¹⁾
Hospitalisation (secteur conventionné ou non)			
■ Frais de soins et séjour (secteur conventionné ou non)	80% à 100% BR	20% à 0% BR	100% BR
■ Dépassements d'honoraires	-	150% BR	150% BR
■ Forfait hospitalier	-	100% du forfait dès le 1 ^{er} jour	100% du forfait dès le 1 ^{er} jour
■ Chambre particulière	-	40€/jour pendant 60 jours puis 25€/jour	40€/jour pendant 60 jours puis 25€/jour
Maternité			
■ Frais de soins et séjour	100% BR	-	100% BR
■ Dépassement d'honoraires et chambre particulière	-	Crédit 1/3 du PMSS/ maternité	Crédit 1/3 du PMSS/ maternité
Polyvalents			
■ Forfait actes lourds « 18 euros »	-	Frais réels	Frais réels
Divers			
■ Transport pris en charge	65% BR	35% BR	100% BR

(1) Régime de base = Régime général ;

(2) Dans les conditions prévues par l'arrêté du 8 juin 2006 fixant les prestations obligatoires d'un contrat « responsable » ;

BR : base de remboursement ; **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

