

Régime de santé

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

Notice d'Information

A collage of agricultural images including wheat stalks, a melon, a tractor in a field, and a field of flowers.

AGRI PRÉVOYANCE



Groupe AGRICA

Titre 1	Présentation de l'assurance complémentaire frais de santé et du contrat la mettant en œuvre	4
ARTICLE 1-1	OBJET	4
ARTICLE 1-2	DURÉE	4
ARTICLE 1-3	MODULARITÉ DU CONTRAT	4
ARTICLE 1-4	AFFILIATION ET PRISE D'EFFET	5
ARTICLE 1-5	COTISATIONS	7
ARTICLE 1-6	RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE	7
ARTICLE 1-7	PRESCRIPTION	8
ARTICLE 1-8	INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	8
ARTICLE 1-9	RÉCLAMATIONS – MÉDIATION	8
Titre 2	Garantie	10
ARTICLE 2-1	BÉNÉFICIAIRES	10
ARTICLE 2-2	ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE	11
ARTICLE 2-3	MONTANT DE LA GARANTIE	11
ARTICLE 2-4	LIMITES ET EXCLUSIONS DE LA GARANTIE	11
ARTICLE 2-5	ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE	12
ARTICLE 2-6	RÉGLEMENT DES PRESTATIONS ET CONTRÔLE	12
ARTICLE 2-7	CESSATION DE LA GARANTIE	13
ARTICLE 2-8	MAINTIEN DE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	14
ARTICLE 2-9	MAINTIEN DE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE	15
ARTICLE 2-10	MODALITÉS D'AFFILIATION ET DE MODIFICATION DE SITUATION	17
ARTICLE 2-11	MODALITÉS DE RENONCIATION/RÉSILIATION DE L'EXTENSION FAMILLE	18
Titre 3	Services de tiers payant	20
Titre 4	Action sociale	22
Annexe 1	Définitions	24
Annexe 2	Tableau des garanties	30

Préambule

Vous bénéficiez d'un régime de protection sociale complémentaire institué par l'accord départemental du 22 juillet 2009, au profit des salariés non cadres des exploitations et des entreprises agricoles des branches définies à l'article 2-1 des Conditions Générales (document remis aux employeurs).

Le régime est entré en vigueur **au 1^{er} janvier 2010** et est mis en œuvre par AGRI PRÉVOYANCE, située, 21 rue de la Bienfaisance 75382 PARIS Cedex 08, dans le cadre d'un contrat collectif :

- à adhésion obligatoire pour l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord départemental du 22 juillet 2009 ;
- à affiliation obligatoire pour l'ensemble des salariés non cadres de ces entreprises, justifiant d'au moins six mois d'ancienneté au titre de leur contrat de travail en cours.

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

Ce régime vous garantit des prestations frais de santé. Il a été modifié par l'avenant n°1 du 9 décembre 2013 entrant en vigueur le 1^{er} juin 2014.

Les remboursements et prestations prévus au titre de ce contrat correspondent à ceux prévus par l'accord départemental du 22 juillet 2009.

La présente notice a pour objet de vous présenter les garanties « frais de santé » prévues par l'accord départemental du 22 juillet 2009.

Elle se compose de quatre titres et de deux annexes :

- le Titre 1 vous présente le contrat ;
- le Titre 2 vous expose la garantie frais de santé ;
- le Titre 3 vous présente les services de tiers payant ;
- le Titre 4 vous présente l'action sociale ;
- Les annexes vous indiquent :
 - les définitions ;
 - vos remboursements santé dans un tableau des garanties.

Titre 1 — Présentation de l'assurance complémentaire frais de santé et du contrat la mettant en œuvre

ARTICLE 1-1 **Objet**

—
L'assurance complémentaire frais de santé mise en place par les partenaires sociaux des exploitations et entreprises agricoles des Alpes de Haute-Provence vous garantit, dans les conditions exposées ci-après, **le remboursement total ou partiel des dépenses de santé** engagées pour votre compte en complétant acte par acte les prestations versées par le régime de base, **dans la limite des frais réellement engagés**.

—
Cette assurance complémentaire frais de santé est mise en œuvre par AGRI PRÉVOYANCE dans le cadre d'un contrat collectif auquel votre employeur adhère.

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

ARTICLE 1-2 **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 de l'accord départemental du 22 juillet 2009 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 l'accord départemental du 22 juillet 2009.

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 22 juillet 2009. Elle est **obligatoire** pour l'ensemble des salariés non cadres justifiant d'au moins six mois d'ancienneté dans l'entreprise.

—
Elle concerne également :

- les salariés dont le contrat de travail est suspendu, dans les conditions prévues à l'article 2-8 ci-après ;
- les salariés qui reprennent une activité dans le cadre d'un cumul emploi/retraite.

—
La condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié atteint cette ancienneté.

- **Extension famille facultative** : elle constitue une extension de la garantie obligatoire au bénéfice des ayants droit du salarié, tels que définis à l'article 2-1. Elle est à affiliation facultative pour chaque salarié.

ARTICLE 1-4 Affiliation et prise d'effet**1-4-1 GARANTIE OBLIGATOIRE****1. Principe : affiliation obligatoire**

Vous devez être obligatoirement affilié au contrat collectif correspondant à l'assurance complémentaire frais de santé mise en place par les partenaires sociaux de l'accord départemental du 22 juillet 2009, **dès lors que vous êtes présent dans l'entreprise depuis au moins six mois.**

Votre affiliation à ce contrat collectif prend effet :

- le 1^{er} janvier 2010, si vous êtes, à cette même date, salarié non cadre justifiant de l'ancienneté requise ou à la date de prise d'effet de l'adhésion de votre entreprise au contrat ;
- à défaut, dès le premier jour du mois civil au cours duquel vous atteignez cette ancienneté.

Le contrat ne prévoit aucun délai de carence : **vous êtes donc couvert par ledit contrat dès le premier jour de prise d'effet de votre affiliation.**

CAS PARTICULIER :

Si vous ne remplissez pas les conditions d'ancienneté permettant d'accéder à la garantie frais de santé et que vous avez choisi d'adhérer au régime à adhésion volontaire, votre couverture santé entre en vigueur pour vous et vos ayants droit au 1^{er} jour du mois qui suit celui de votre demande.

2. Dérogation : cas de dispense d'affiliation

Par dérogation, vous pouvez choisir de ne pas être affilié au contrat dès lors que 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 :
 - soit un niveau de prestations au moins équivalentes à celles du présent accord,
 - soit une répartition des cotisations employeur/salarié plus favorable au salarié, et 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.

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.

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.

—

1-4-2 EXTENSION FAMILLE FACULTATIVE

Vous avez la possibilité d'étendre les garanties de votre assurance complémentaire frais de santé obligatoire au profit de vos ayants droit dans le cadre d'une extension famille.

Si vous avez choisi cette extension famille, la couverture santé prend effet pour vos ayants droit le premier jour du mois civil qui suit votre demande d'extension.

Votre assurance complémentaire frais de santé ne prévoit aucun délai de « carence », ce qui signifie que le droit à l'ensemble des prestations santé est ouvert pour vos ayants droit dès le premier jour de leur affiliation.

Vous devez formaliser cette demande en remplissant l'imprimé « Bulletin d'affiliation ». Ce bulletin, dûment complété et signé, doit être envoyé à AGRI PRÉVOYANCE avec les pièces justificatives.

ARTICLE 1-5 Cotisations**1-5-1 GARANTIE OBLIGATOIRE**

Excepté en cas de souscription d'un contrat individuel dans les conditions prévues à l'article 2-9 :

- le financement du régime est assuré conjointement par vous-même et votre employeur ;
- votre part de cotisation est directement précomptée sur votre fiche de paie, par votre employeur ;
- votre employeur a la responsabilité du versement total des cotisations ;
- les cotisations relatives aux garanties sont dues dès le premier jour de votre affiliation.

La cotisation relative à la garantie santé est due à compter du premier jour du mois de l'entrée en vigueur de la garantie, telle 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 l'accord collectif des entreprises et exploitations agricoles des Alpes de Haute-Provence du 22 juillet 2009, la cotisation santé vous sera appelée auprès d'un seul employeur, déterminé selon les critères suivants :

- chez l'employeur auprès duquel vous avez acquis en premier l'ancienneté de douze mois ;
- à défaut, selon accord écrit entre vous et vos employeurs.

1-5-2 EXTENSION FAMILLE FACULTATIVE

Vous avez la possibilité d'étendre les garanties de votre assurance complémentaire frais de

santé obligatoire au profit de vos ayants droit. Dans ce cas, la cotisation santé est due au titre des bénéficiaires définis à l'article 2-1 de la présente notice.

Cette cotisation additionnelle est entièrement à votre charge et vous est appelée directement par votre caisse de MSA.

Vous avez la responsabilité du versement total des cotisations.

Les cotisations relatives aux garanties sont dues dès le premier jour de votre affiliation.

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

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

ARTICLE 1-6 Recours contre 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...) en vue du remboursement de tous les frais exposés suite à l'accident.

ARTICLE 1-7 Prescription

Toutes actions relatives à vos garanties santé sont prescrites par 2 ans à compter de l'évènement, dans les conditions de l'article L. 932-13 du Code de Sécurité sociale.

ARTICLE 1-8 Informatique et libertés

Les informations concernant les participants 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, 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 Agrica 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 Cambacérès, 75008 Paris.



Titre 2 — Garantie

ARTICLE 2-1 Bénéficiaires

L'assurance complémentaire frais de santé mise en place par les partenaires sociaux de l'accord départemental des entreprises et exploitations agricoles des Alpes de Haute-Provence du 22 juillet 2009, s'applique à :

1. Vous-même en tant que salarié, sous réserve que vous ayez acquis **six mois** d'ancienneté dans une entreprise visée par cet accord départemental.

CAS PARTICULIER

Si vous ne remplissez pas la condition d'ancienneté requise, vous pouvez bénéficier des mêmes garanties en souscrivant à un régime à adhésion volontaire.

Pour bénéficier de ce régime, vous devez prendre contact avec AGRI PRÉVOYANCE.

2. Vos ayants droit, sous réserve que vous ayez demandé l'extension famille de votre assurance complémentaire frais de santé, à savoir :

→ **Votre conjoint**, non séparé de corps, résidant en France ;

Sont assimilés au conjoint :

→ Le cocontractant d'un PACS, résidant en France ;

→ Le concubin, est la personne avec laquelle vous vivez en concubinage, dans la mesure où vous et votre concubin partagez le même domicile et êtes 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).

→ **Vos enfants à charge:**

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 à POLE EMPLOI et non indemnisés ;
- tous les enfants invalides au sens de la législation sociale si l'état d'invalidité a été constaté avant leur 21^{ème} anniversaire.

ARTICLE 2-2 Entrée en vigueur de la garantie

—
La garantie entre en vigueur immédiatement, dès la prise d'effet de votre affiliation et le cas échéant celles de vos ayants droit, conformément aux dispositions de l'article 1-4 ci-avant.

ARTICLE 2-3 Montant de la garantie

—
Les montants des remboursements garantis par le 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.**

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 2-4 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 ;
- après la cessation de la garantie.

1. LIMITES LIÉES AU CARACTÈRE

« RESPONSABLE » DE VOTRE RÉGIME :

Votre régime complémentaire de 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.

Notamment, il ne rembourse :

- 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 ;
- 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.

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

2. LIMITES LIÉES AUX ACTES OU AUX FRAIS :

Le contrat ne prend pas en charge :

- 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, d'AGRI PRÉVOYANCE et de tout autre organisme ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, vous pouvez obtenir le remboursement de 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 2-5 **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 de la MSA au titre des Assurances Sociales.

ARTICLE 2-6 **Règlement des prestations et contrôle**

2-6-1 RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Vos prestations sont réglées directement par votre caisse de Mutualité Sociale Agricole, seul interlocuteur pour le remboursement de la part

obligatoire et de la part complémentaire de vos frais de santé.

—
Vous pouvez utiliser votre carte Vitale pour bénéficier du tiers payant pharmaceutique, après l'avoir mise à jour sur la borne Vitale la plus proche de votre domicile. L'utilisation par le professionnel de santé de la carte Vitale supprime toute demande de l'assuré pour le paiement des prestations de base comme des prestations complémentaires AGRI PRÉVOYANCE.

—
En cas d'hospitalisation, l'établissement hospitalier peut également demander à votre caisse de MSA l'envoi d'une prise en charge pour un règlement direct à l'établissement. Pour les frais de prothèses dentaires et d'optique vous devez adresser une facture détaillée à votre caisse MSA.

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

1. pour vous-même, votre conjoint, concubin et vos 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.

2. pour votre conjoint/concubin et vos enfants à charge affiliés à la MSA (et qui possèdent leur propre carte d'assuré social)

1. Notez en plus sur la feuille de soins votre numéro de Sécurité sociale ;
2. Envoyez leur feuille de soins à votre caisse de Mutualité Sociale Agricole.

—

3. pour votre conjoint/concubin et vos 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 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.

—

2-6-2 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 2-7

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 2-1 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 2-9 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 2-9 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 2-8 ci-après.

—

2. POUR VOS AYANTS DROIT

Outre les cas de renonciation et de résiliation prévus à l'article 2-11 de la présente notice d'information, 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 2-1 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 2-8

Maintien de l'assurance complémentaire en cas de suspension du contrat de travail

—

En cas de suspension du contrat de travail, 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

Vous bénéficiez des garanties complémentaires frais de santé pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation.

Après cette période, pendant la période de suspension restant à courir, vous pouvez 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 2-9 **Maintien de l'assurance complémentaire**

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 l'accord départemental du 22 juillet 2009 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 bénéficier 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 2-10 Modalités d'affiliation et de modification de situation

—

Votre employeur vous remet la présente notice d'information et un bulletin d'affiliation, soit à la mise en place de l'assurance complémentaire frais de santé, soit à votre entrée dans l'entreprise. Sur le bulletin, vous devez porter votre choix de souscription pour la couverture santé.

Votre affiliation à l'assurance complémentaire 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 l'extension famille en raison de votre mariage, de la naissance d'un enfant, vous devez compléter un nouveau bulletin en joignant les justificatifs.

—

Modalités de votre demande de l'extension famille :

→ annuellement :

au plus tard le 30 novembre de chaque année, par lettre adressée à AGRI PRÉVOYANCE. Votre conjoint ou vos enfants à charge sont alors admis dans l'assurance complémentaire frais de santé 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 adressée à AGRI PRÉVOYANCE. Votre conjoint ou vos enfants à

charge sont alors admis dans l'assurance complémentaire frais de santé à compter du 1^{er} jour du mois civil de l'évènement.

ARTICLE 2-11 Modalités de renonciation/ résiliation de l'extension famille

—

2-11-1 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.

—

2-11-2 RÉSILIATION

1. 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.

2. 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 — 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 la 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 départemental du 22 juillet 2009 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'accord 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 de frais.

Titre 4 — Action sociale

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.groupagricar.com



Annexe 1 — 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.

CRÉDIT

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 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 — 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 (3 129 € en 2014).

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.

