

## Régime frais de santé

Pour les salariés non cadres des exploitations agricoles  
et des entreprises de travaux agricoles et ruraux relevant  
de l'accord départemental de la Creuse du 3 décembre 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**

<b>Titre 1</b>	<b>Présentation de l'assurance complémentaire frais de santé et du contrat la mettant en oeuvre</b>	<b>4</b>
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	8
ARTICLE 1-7	PRESCRIPTION	8
ARTICLE 1-8	INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	8
ARTICLE 1-9	RÉCLAMATION – MÉDIATION	9
<b>Titre 2</b>	<b>Garantie</b>	<b>10</b>
ARTICLE 2-1	BÉNÉFICIAIRES	10
ARTICLE 2-2	ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE	10
ARTICLE 2-3	MONTANT DE LA GARANTIE	10
ARTICLE 2-4	LIMITES ET EXCLUSIONS DE LA GARANTIE	11
ARTICLE 2-5	ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE	12
ARTICLE 2-6	RÈGLEMENT 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 SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL	14
ARTICLE 2-10	MODALITÉS D'AFFILIATION ET DE MODIFICATION DE SITUATION	17
ARTICLE 2-11	MODALITÉS DE RENONCIATION/DÉNONCIATION DU NIVEAU OPTIONNEL ET/OU DE L'EXTENSION FAMILLE	18
<b>Titre 3</b>	<b>Services de tiers payant</b>	<b>20</b>
<b>Titre 4</b>	<b>Action sociale</b>	<b>22</b>
<b>Annexe 1</b>	<b>Définitions</b>	<b>24</b>
ARTICLE 1	DÉFINITIONS DES INTERVENANTS AU CONTRAT	24
ARTICLE 2	DÉFINITIONS DES TERMES PROPRES AU CONTRAT	25
<b>Annexe 2</b>	<b>Contact</b>	<b>28</b>
<b>Annexe 3</b>	<b>Tableau des garanties</b>	<b>30</b>
ARTICLE 1	SOCLE CONVENTIONNEL	30
ARTICLE 2	NIVEAU 2 OPTIONNEL FACULTATIF	32
ARTICLE 3	NIVEAU 3 OPTIONNEL FACULTATIF	34

## Préambule

Vous bénéficiez d'une assurance complémentaire santé instituée par l'**accord départemental du 3 décembre 2009**. Cet accord a été négocié par les partenaires sociaux de la production agricole de la Creuse au profit des **salariés non cadres** des exploitations agricoles et entreprises de travaux agricoles et ruraux et CUMA.

Ce régime est entré en vigueur au **1<sup>er</sup> janvier 2010** et a fait l'objet d'une révision partielle par l'avenant n°1 du 22 avril 2014, prenant effet au premier jour du trimestre civil suivant la publication de son arrêté d'extension au Journal Officiel et à l'entrée en vigueur des dispositions légales auxquelles il fait référence.

Il est mis en œuvre par AGRI PRÉVOYANCE, située, 21 rue de la Bienfaisance 75 382 PARIS Cedex 08, par un contrat collectif :

- à **adhésion obligatoire** pour l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord départemental du 3 décembre 2009 et de son avenant ;
- à **affiliation obligatoire** pour l'ensemble des salariés non cadres, **justifiant d'au moins six mois d'ancienneté dans l'entreprise dans les douze mois précédant l'affiliation**.

**Les remboursements et prestations prévus au titre de ce contrat correspondent à ceux prévus par l'accord départemental du 3 décembre 2009.**

La présente notice a pour objet de vous présenter les garanties « frais de santé » prévues par l'accord départemental du 3 décembre 2009.

Elle se compose de quatre titres et de trois 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 contacts ;
  - 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 agricoles, et des entreprises de travaux agricoles et ruraux et des CUMA de la Creuse 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 l'article L. 727-2-II du Code rural et de la pêche maritime et 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 correspondant à cette 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 du contenu des garanties ou encore de sa gestion par AGRI PRÉVOYANCE.

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

- changement d'activité ou du lieu du siège social faisant sortir votre entreprise du champ d'application de l'accord départemental de la Creuse du 3 décembre 2009 ;
- cessation d'activité de votre entreprise ;
- décision des partenaires sociaux signataires de l'accord départemental de la Creuse du 3 décembre 2009.

### ARTICLE 1-3 **Modularité du contrat**

—  
Le contrat s'articule autour d'un socle conventionnel obligatoire auquel peuvent s'adosser deux niveaux optionnels facultatifs et une extension famille :

- **Socle conventionnel obligatoire** : il correspond au niveau 1 de la garantie définie par l'accord départemental de la Creuse du 3 décembre 2009 et constitue une couverture complémentaire minimum **obligatoire** pour tous les salariés appartenant au groupe assuré ;

Il concerne également :

- les salariés dont le contrat de travail est suspendu, dans les conditions prévues à l'article 2-7 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.

- **Niveaux optionnels facultatifs** : ils correspondent à deux niveaux d'amélioration des garanties du socle

conventionnel. Ces niveaux sont dénommés ci-après « niveau 2 optionnel » et « niveau 3 optionnel ». Ils sont à affiliation facultative pour chaque salarié. Les garanties de ces deux niveaux se substituent aux garanties du socle conventionnel.

- **Extension famille** : elle constitue une extension des garanties obligatoires et facultatives du salarié au bénéfice de ses ayants droit, tels que définis à l'annexe 1 des présentes Conditions Générales. Elle est à affiliation facultative pour chaque salarié.

#### ARTICLE 1-4 Affiliation et prise d'effet

##### 1-4-1 GARANTIES OBLIGATOIRES

###### a. 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 de la Creuse du 3 décembre 2009, **dès lors que vous êtes présent dans l'entreprise depuis au moins six mois dans les douze mois précédant votre affiliation.**

Votre affiliation à ce contrat collectif prend effet :

- le 1<sup>er</sup> janvier 2010, si vous êtes, à cette même date, salarié non cadre justifiant de six mois d'ancienneté dans l'entreprise dans les douze mois précédant l'affiliation, 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 condition d'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.**

—

###### b. Dérogation : cas de dispense d'affiliation

Par dérogation, vous pouvez choisir de ne pas être affilié au contrat dès lors que vous vous trouvez dans l'une des situations suivantes :

- vous bénéficiez par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de protection sociale complémentaire conformes à ceux fixés par arrêté du 26 mars 2012 ;
- vous bénéficiez de la CMU-C ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Dans ces cas, la dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle vous cessez de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- vous êtes apprenti et salarié sous contrat à durée déterminée, avec l'obligation spécifique si vous êtes titulaire d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois, de justifier par écrit que vous êtes déjà couvert à titre individuel pour les mêmes garanties, en produisant tous documents utiles ;
- vous êtes apprentis et salariés à temps partiel et votre adhésion au présent régime vous conduirait à vous acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de votre rémunération brute.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur **demande écrite de**

**vosre part, adressée à votre employeur avant la fin du mois qui suit celui au titre duquel vous avez acquis l'ancienneté de six mois.**

—

**Votre demande doit être accompagnée des justificatifs attestant de votre situation.**

—

**Vous devrez produire chaque année ces justificatifs, à défaut, vous serez affilié au contrat et la cotisation sera due.**

—

Si vous ne remplissez plus les conditions requises à la dispense d'affiliation, vous devez en informer votre employeur. Vous serez alors obligatoirement affilié au contrat à compter du premier jour du mois civil suivant.

Dans les cas de dispense d'affiliation, les cotisations ne sont dues ni par vous ni par votre employeur.

—

## **1-4-2 GARANTIES FACULTATIVES**

### **1. « niveau 2 optionnel » et « niveau 3 optionnel »**

Vous avez la possibilité de souscrire à titre individuel l'un ou l'autre des niveaux optionnels facultatifs pour améliorer votre couverture santé auprès d'AGRI PRÉVOYANCE :

- au moment de votre affiliation au présent contrat, vous serez alors couvert à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit la réception de votre bulletin d'affiliation ;
- annuellement, au plus tard le 30 novembre de chaque année, vous serez alors couvert le 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit celle de votre demande.

**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.**

—

### **2. Extension famille**

Vous avez la possibilité d'étendre vos garanties santé du socle conventionnel obligatoire et, le cas échéant du niveau optionnel facultatif choisi, 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 :

- au moment de votre affiliation au socle conventionnel et/ou de l'un des deux niveaux optionnels facultatifs. Vos ayants droit sont alors admis dans l'assurance en même temps que vous ;
- en cours d'année, dans les 30 jours qui suivent l'évènement en cas de changement dans votre situation familiale ou de modification dans la situation professionnelle de votre conjoint, tel que défini à l'annexe 1 des présentes Conditions Générales. Vos ayants droit sont alors admis dans l'assurance à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois civil de l'évènement ;
- annuellement, au plus tard le 30 novembre de chaque année. Vos ayants droit sont alors admis dans l'assurance à compter du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

—

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 GARANTIES OBLIGATOIRES

Excepté en cas de souscription d'un contrat individuel dans les conditions prévues à l'article 2-8 :

- 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.

—

Votre cotisation assurance complémentaire frais de santé obligatoire est fixée à :

- **0,93 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale.**

—

Votre employeur doit prendre à sa charge au minimum 15,68% de la cotisation (dans la limite de 5,50 € par mois).

A compter de la date d'effet de l'avenant n°1 à l'accord départemental du 3 décembre 2009, un taux d'appel s'élevant à 93,55% est appliqué à la cotisation précitée.

—

Après application de ce taux d'appel, le taux global de la cotisation mensuelle pour votre affiliation obligatoire au présent régime est égal à :

- **0,87% du PMSS**

—

Le taux d'appel sera réexaminé annuellement selon les résultats du régime.

La cotisation 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 départemental de la Creuse du 3 décembre 2009, la cotisation santé vous sera appelée auprès d'un seul employeur, celui auprès duquel vous avez acquis en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime.

—

### 1-5-2 GARANTIES FACULTATIVES

#### 1. Niveaux optionnels facultatifs

Si vous avez choisi l'un des niveaux optionnels facultatifs, il vous sera appliqué une cotisation additionnelle suivant votre choix de :

- **« niveau 2 optionnel » : +0,10 % du PMSS ;**
- **« niveau 3 optionnel » : +0,29 % du PMSS.**

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

Vous avez la responsabilité du versement de cette cotisation.

## 2. Extension famille

Vous avez la possibilité d'étendre vos garanties du socle conventionnel, ou du niveau optionnel facultatif éventuellement souscrit, au profit de vos ayants droit dans le cadre d'une extension famille.

Cette cotisation additionnelle varie selon votre choix de couverture. Cette cotisation est égale à :

- **Soit +1,46 % du PMSS** pour l'extension famille appliquée au socle conventionnel ;
- **Soit +0,06 % du PMSS** pour l'extension famille appliquée au « niveau 2 optionnel » ;
- **Soit +0,16 % du PMSS** pour l'extension famille appliquée au « niveau 3 optionnel ».

Votre cotisation additionnelle vous est directement appelée 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

—

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.

L'Institution de Prévoyance qui a versé des prestations à un salarié dispose d'un recours contre l'auteur responsable de cet accident ou de son assureur afin d'obtenir le remboursement de ces prestations.

Si vous êtes victime d'un accident mettant en cause un tiers, vous devez, sous peine de perdre vos droits à la garantie, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident, le nom de AGRI PRÉVOYANCE en tant que tiers payeur des prestations.

## ARTICLE 1-7 Prescription

—

**Toutes actions relatives à vos garanties santé sont prescrites par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance, 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, vous pouvez demander, en justifiant de votre identité, communication et rectification, s'il y a lieu, de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier utilisé dans le cadre de votre assurance complémentaire frais de santé 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 Réclamation – 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 (santé).

Dès lors, AGRI PRÉVOYANCE vous adresse un accusé de réception dans les 15 jours suivants la réception de votre demande et traite votre demande dans un délai maximal de 2 mois.

Par suite, vous pouvez présenter un recours auprès du Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP) dont le siège se situe 10 rue Cambacérés, 75008 Paris.

---

## Titre 2 — Garantie

### ARTICLE 2-1 Bénéficiaires

Les bénéficiaires de la garantie frais de santé, définis par l'accord départemental de la Creuse du 3 décembre 2009, sont les suivants :

**1. Vous-même en tant que salarié**, sous réserve que vous soyez présent dans l'entreprise **depuis six mois**.

**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**, c'est à dire 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). La condition de vie commune est considérée comme remplie lorsqu'un enfant est né de l'union.

→ **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<sup>ème</sup> 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 PÔLE 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<sup>ème</sup> 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 de la Creuse du 3 décembre 2009**.

Ces remboursements s'effectuent, poste par poste, acte par acte 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 et selon le niveau de garantie souscrit.**

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 ou après la cessation de la garantie ;
- les frais résultant d'actes non pris en charge par le régime de base, sauf exceptions prévues au tableau de la garantie figurant en annexe 3.

#### **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 ;
- 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.

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

#### **2. PRÉCISIONS EN CAS D'ASSURANCES CUMULATIVES :**

Les remboursements du régime de base, d'AGRI PRÉVOYANCE et de tout autre organisme ne peuvent excéder le montant des frais que vous avez réellement engagés. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, vous pouvez obtenir le remboursement de vos frais en

**vous adressant à l'organisme de votre choix. Vous devez procéder auprès d'AGRI PRÉVOYANCE à la déclaration de vos assurances cumulatives. Cette obligation est valable pendant toute la durée de votre affiliation.**

#### ARTICLE 2-5 **Etendue territoriale de la garantie**

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 de la MSA au titre des Assurances Sociales Agricoles.

#### 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.

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

—

### 2-7-1 POUR VOUS-MÊME

Vos garanties obligatoires et facultatives cessent :

- 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.

—

### 2-7-2 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 cause que ce soit,
- dès qu'ils perdent la qualité d'ayant droit, tel que définie à l'article 2-1 de la présente notice d'information.

Concernant plus spécifiquement les garanties dont bénéficient vos ayants droit, elles cessent de plein droit dès la perte de la qualité de conjoint, de cocontractant d'un PACS ou de concubin ou encore d'enfant à charge, telle que définie à l'article 2-1.

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

Dans tous ces cas, **pensez à prévenir 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**

##### **1. SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL POUR UN MOTIF NON LIÉ À LA MALADIE, L'ACCIDENT OU LA MATERNITÉ**

En cas de suspension du contrat de travail pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales, ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, vous bénéficiez des garanties du présent régime d'assurance complémentaires frais de santé pendant les trois premiers mois de la suspension

du contrat, sans versement de cotisation. Cette période de trois mois court à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel survient la suspension de votre contrat de travail.

—

Après cette période, et tant que dure la suspension du contrat de travail, vous pouvez demander à l'organisme assureur de continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé à titre individuel, en vous acquittant de la totalité de la cotisation.

L'employeur doit informer l'organisme assureur ou son délégataire dès le début de la suspension du contrat de travail, en précisant sa durée.

—

##### **2. SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL POUR MALADIE, ACCIDENT (TOUTES ORIGINES) OU MATERNITÉ.**

En cas d'arrêt de travail pour maladie, accident ou maternité indemnisé par le régime de base de Sécurité sociale et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties prévues par le présent accord sont maintenues sans versement de cotisation, pour tout mois civil complet d'absence. Si l'absence est inférieure à un mois civil complet, la cotisation est due intégralement (part patronale et part salariale).

#### ARTICLE 2-9 **Maintien de l'assurance complémentaire sous forme de contrat individuel**

—

Votre assurance complémentaire frais de santé peut vous être maintenue, sans période probatoire ni contrôle médical, sous forme de

contrat individuel à la cessation de vos garanties tel que prévu à l'article 2-7.

Vous devez faire votre demande de maintien de garantie à AGRI PRÉVOYANCE, et régler dans ce cas la totalité de la cotisation correspondante, part employeur et part salarié.

—

Ce maintien s'effectue dans les conditions suivantes :

**1. EN CAS DE RUPTURE DE VOTRE CONTRAT DE TRAVAIL, DANS LA MESURE OÙ VOUS BÉNÉFICIEZ D'UNE RENTE D'INCAPACITÉ OU D'INVALIDITÉ, D'UNE PENSION DE RETRAITE OU, SI VOUS ÊTES PRIVÉ D'EMPLOI, D'UN REVENU DE REMPLACEMENT**

L'institution vous adressera, dans la mesure où vous répondez 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 suivant la date de cessation de votre contrat de travail ou la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité de vos droits.

Pour être recevable, vous devez faire parvenir à l'Institution la demande d'adhésion à l'assurance complémentaire santé à titre individuel **dans les six mois qui suivent la rupture de votre contrat de travail.**

Si vous faites cette demande, vous pouvez également dans les mêmes conditions demander le maintien à titre individuel des garanties santé au bénéfice de vos ayants droit, **pour lesquels l'extension famille avait été demandée.**

**CAS PARTICULIER :**

La cotisation appliquée aux anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité ou ceux privé d'emploi qui bénéficient d'un revenu de remplacement, ne pourra être supérieure à plus de 20 % du tarif en vigueur pour les participants actifs.

—

**2. EN CAS DE DÉCÈS**

En application **de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin »**, l'Institution proposera à vos ayants droit, **à la suite de votre décès**, le maintien de leurs garanties dans le cadre d'une adhésion à un **contrat individuel**, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire, pendant une durée maximale de douze mois.

L'institution leur adressera, dans la mesure où ils répondent 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 du décès.

Le tarif applicable à l'ensemble de ces situations de maintien individuel est défini dans les limites prévues par la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin ».

—

**3. 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<sup>er</sup> juin 2014. Le bénéficiaire 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 couvrirait 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 arrondi 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 POLE 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 en fonction de vos garanties.

—

Votre affiliation à l'assurance complémentaire frais de santé est effectuée par les services de la Mutualité Sociale Agricole dès que vous remplissez les conditions d'affiliation.

## 1. NIVEAUX OPTIONNELS FACULTATIFS

Vous souhaitez souscrire au « niveau 2 optionnel » ou au « niveau 3 optionnel ».

### → à la mise en place de l'assurance complémentaire santé

Vous pouvez indiquer votre choix sur le bulletin d'affiliation.

Votre affiliation à l'assurance complémentaire frais de santé est effectuée par les services de la Mutualité Sociale Agricole dans les mêmes conditions que le socle conventionnel.

—

### → annuellement :

au plus tard le 30 novembre de chaque année, par lettre adressée à AGRI PRÉVOYANCE, qui vous transmettra un bulletin d'affiliation à compléter et à retourner. Vous êtes alors admis dans l'assurance complémentaire frais de santé à compter du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

Votre caisse de MSA vous adressera une nouvelle carte papier indiquant vos nouveaux droits. Vous devrez également mettre votre carte Vitale à jour lorsque votre caisse de MSA vous le demandera.

—

## 2. EXTENSION FAMILLE

Vous souhaitez souscrire à l'extension famille.

Vous devez contacter AGRI PRÉVOYANCE qui vous transmettra un bulletin d'affiliation à compléter et à retourner.

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 d'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 d'extension famille :**

##### **→ à la mise en place de l'assurance complémentaire santé :**

vous pouvez indiquer votre choix sur le bulletin d'affiliation.

##### **→ annuellement :**

au plus tard le 30 novembre de chaque année, par lettre remise ou adressée à votre employeur. Votre conjoint ou vos enfants sont alors admis dans l'assurance complémentaire frais de santé à compter du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

##### **→ en cours d'année :**

dans les 30 jours qui suivent l'évènement modifiant votre situation familiale (mariage, décès...) ou modifiant la situation professionnelle de votre conjoint (embauche, licenciement...), par lettre remise ou adressée à votre employeur. Votre conjoint ou vos enfants sont alors admis dans l'assurance complémentaire frais de santé à compter du jour de l'évènement.

## **ARTICLE 2-11 Modalités de renonciation/dénonciation du niveau optionnel et/ou de l'extension famille**

### **2-11-1 RENONCIATION**

Si vous aviez choisi de bénéficier du « niveau 2 optionnel » ou du « niveau 3 optionnel » facultatifs et/ou 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 procède 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'être affilié au « niveau 2 optionnel » ou au « niveau 3 optionnel » facultatifs et/ou à l'extension famille et vous souhaitez mettre fin à l'une et/ou l'autre de ces garanties.

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

La résiliation prend alors effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

—

## **2. en cours d'année :**

Vous aviez choisi d'être affilié au « niveau 2 optionnel » ou au « niveau 3 optionnel » facultatifs et/ou l'extension famille et vous souhaitez mettre fin à l'une et/ou l'autre de ces garanties dans l'année en cours.

Dans ce cas, vous avez la possibilité de la résilier par lettre 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 dénonciation, une nouvelle demande d'affiliation à l'une ou l'autre des options facultatives ou 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 — Service 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 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.**

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.

—

Vous devrez restituer la carte complémentaire à l'Institution dans les circonstances suivantes :

- en cas de résiliation du contrat, suite à la dénonciation de l'accord départemental du 3 décembre 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 ;
- actes de prévention (vaccination grippe saisonnière, sevrage tabagique, risques auditifs...).

—  
Pour toute information, contactez le

**08 21 200 8000** ou [www.groupagrico.com](http://www.groupagrico.com)

---



## Annexe 1 — Définitions

### ARTICLE 1 Définitions des intervenants au contrat

#### — ENTREPRISE ADHERENTE

L'employeur ayant souscrit le présent contrat collectif.

#### — PARTICIPANT

Le salarié de l'entreprise adhérente définie ci-dessus, appartenant au groupe assuré et affilié au présent 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 à charge, 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<sup>ème</sup> anniversaire ;
- les enfants dont la qualité d'ayant droit du conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin du salarié aura été reconnue par le régime de base de Sécurité Sociale.

#### — Dès lors qu'ils remplissent l'une des conditions suivantes :

- 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 PÔLE 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<sup>ème</sup> 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 l'assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

#### BASE DE REMBOURSEMENT

Ensemble des barèmes utilisés par la Mutualité Sociale Agricole pour calculer ses remboursements des dépenses de santé (tarif opposable, tarif d'autorité, ...).

Lorsque le participant s'adresse à un praticien ou à un établissement n'adhérant pas à la convention médicale conclue entre la profession de santé dont il relève et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie – UNCAM, la Mutualité Sociale Agricole calcule son remboursement sur la base du tarif d'autorité.

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.

#### 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 du participant.

#### CRÉDIT

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

#### FRAIS DE SANTÉ

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

#### HOSPITALISATION

Séjour dans un établissement hospitalier (public ou privé) consécutif à un accident, à une maladie, ou à une maternité, à l'exclusion des séjours en établissement psychiatrique. Les séjours en maternité d'une durée inférieure à 12 jours ne sont pas considérés comme une hospitalisation.

**MALADIE**

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

—

**MATERNITÉ**

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

—

**MÉDECIN TRAITANT**

Médecin choisi par le participant dont le nom est communiqué à la Caisse de MSA dont relève le participant. Il peut être un médecin généraliste, spécialiste, un médecin exerçant dans un centre de santé ou hospitalier.

Il assure le premier niveau de recours aux soins en prenant directement en charge les soins courants et les soins de prévention (dépistage, éducation sanitaire, ...) du patient. Il l'oriente également dans le parcours de soins coordonnés et participera à la mise en place et à la gestion du dossier médical personnel prévu à l'article L. 161-36-1 du Code de la Sécurité sociale.

—

**MODIFICATION DE LA SITUATION PROFESSIONNELLE DU CONJOINT, DU COCONTRACTANT D'UN PACS OU DU CONCUBIN**

On entend par changement intervenant dans la vie professionnelle du conjoint, du cocontractant d'un PACS ou du concubin au sens du présent contrat, l'embauche, la rupture du contrat de travail à l'initiative du salarié ou de l'employeur (démission, licenciement,

préretraite, retraite), la mise en place ou la suppression d'une couverture frais de santé obligatoire dans l'entreprise.

—

**PARCOURS DE SOINS**

Accès au système de soins (hors hospitalisation) dans lequel le patient a en premier lieu recours à son médecin traitant, qui, dans certaines situations, peut l'adresser vers un autre médecin (médecin correspondant).

Sauf les exceptions prévues à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés par le patient, une majoration du ticket modérateur est laissée à la charge du participant.

—

**PLAFOND ANNUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

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

—

**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.

—  
**UNCAM**

Union Nationale des Caisses d'Assurance  
Maladie.

---

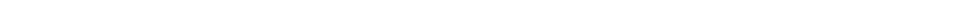
## Annexe 2 — Contact

---

**MSA DU LIMOUSIN :**

Site de la Creuse  
28 avenue d'Auvergne  
BP 169  
23 015 GUERET CEDEX  
Tél : 09 69 32 22 22  
<http://www.msa-limousin.fr>

---



## Annexe 3 — Tableau des garanties

### 1. SOCLE CONVENTIONNEL

Les garanties en vigueur sont exprimées en % de la base de remboursement.

Garanties	Régime frais de santé		
	Remboursements Régime de base	Remboursements Socle conventionnel	Remboursements totaux (y compris Régime de Base)
<b>FRAIS MEDICAUX</b>			
■ Consultations, visites, honoraires (généralistes ou spécialistes)	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	60% BR	40% BR	100% BR
■ Médecine douce	60% BR	-	-
■ Actes de prévention responsable	35 % à 70 %	65 % à 30 % BR	100% BR
<b>PHARMACIE</b>			
■ Pharmacie prise en charge du régime de base	15 % à 100 % BR	85 % à 0 % BR	100% BR
<b>OPTIQUE</b>			
■ Soins et honoraires	70 % BR	30 % BR	100 % BR
■ Verres, montures, lentilles (avec prise en charge acceptée)	65% BR	390 % BR + crédit de 200€/an/bénéficiaire	455 % BR + crédit de 200€/an/bénéficiaire
■ Chirurgie corrections oculaires	-	250 €/an/bénéficiaire	250 €/an/bénéficiaires
<b>DENTAIRE</b>			
■ Soins dentaires remboursés par le régime de base (hors inlay/onlay)	70% BR	30 % BR	100 % BR
■ Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (hors couronne implantoportée)	70% BR	140 % BR + crédit de 300 €/an/bénéficiaire	210 % BR + crédit de 300 €/an/bénéficiaire
■ Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base (hors implantologie)	-	300 €/an/bénéficiaire	300 €/an/bénéficiaire
■ Inlay/onlay	70% BR	140 % BR + crédit de 300 €/an/bénéficiaire	210 % BR + crédit de 300 €/an/bénéficiaire
■ Orthodontie acceptée	100% BR	180 % BR	280 % BR
■ Orthodontie refusée	-	-	-
■ Implantologie	-	-	-
■ Parodontologie (non associée à l'implantologie)	-	-	-

Garanties	Régime frais de santé		
	Remboursements Régime de base	Remboursements Socle conventionnel	Remboursements totaux (y compris Régime de Base)
<b>APPAREILLAGE</b>			
■ Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses non auditives	65 % BR	35 % BR	100%BR
■ Prothèses auditives acceptées	65 % BR	390 % BR	455%BR
<b>HOSPITALISATION (secteur conventionné ou non)</b>			
■ Frais de soins et de séjour	80 % à 100% BR	20 % - 0 % BR	100 % BR
■ Dépassements d'honoraires	-	200 % BR	200 % BR
■ Forfait hospitalier	-	100 % dès le 1 <sup>er</sup> jour	100 % dès le 1 <sup>er</sup> jour
■ Chambre particulière	-	25 € /jour	25 € /jour
■ Frais de lit d'accompagnant (lit + repas)	-	-	-
<b>MATERNITE (secteur conventionné ou non)</b>			
■ Frais de soins et séjour	100 % BR	0 % BR	100 % BR
■ Dépassement d'honoraires	-	Crédit d'1/3 du PMSS / maternité	Crédit d'1/3 du PMSS / maternité
■ Chambre particulière	-	-	-
<b>POLYVALENTS</b>			
■ Transport médical sur prescription	65 % BR	35 % BR	100 % BR
■ Forfait actes lourds « 18 euros »	-	100% du forfait	100% du forfait
■ Frais balnéaires acceptés	65 % BR	35 % BR	100 % BR
■ Hospitalisation à domicile acceptée	100 % BR-	0 % BR	100 % BR
<b>SANTE QUOTIDIENNE (non remboursée pas la MSA)</b>			
■ Pharmacie sur prescription	-	-	-
■ Vaccins prescrits	-	-	-

NB : Les crédits en euros sont calculés à partir d'un pourcentage du PMSS et devront être réévalués chaque année en fonction du montant du PMSS.

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

## 2. NIVEAU 2 OPTIONNEL FACULTATIF

Les garanties en vigueur sont exprimées en % de la base de remboursement.

Garanties	Régime frais de santé		
	Remboursements Régime de base <sup>(1)</sup>	Remboursements Niveau 2 optionnel	Remboursements totaux (y compris Régime de Base) <sup>(1)</sup>
<b>FRAIS MEDICAUX<sup>(1)</sup></b>			
■ Consultations, visites, honoraires (généralistes ou spécialistes)	70% BR	130 % BR	200 % 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	60% BR	40% BR	100% BR
■ Médecine douce	-	-	-
■ Actes de prévention responsable	35 % à 70 %	65 % à 30 % BR	100% BR
<b>PHARMACIE<sup>(1)</sup></b>			
■ Pharmacie prise en charge du régime de base	15 % à 100 % BR	85 % à 0 % BR	100% BR
<b>OPTIQUE</b>			
■ Soins et honoraires	70 % BR	30 % BR	100 % BR
■ Verres, montures, lentilles (avec prise en charge acceptée)	65% BR	390 % BR + crédit de 350 €/an/bénéficiaire	455 % BR + crédit de 350 €/an/bénéficiaire
■ Chirurgie corrections oculaires	-	350 €/an/bénéficiaire	350 €/an/bénéficiaires
<b>DENTAIRE<sup>(1)</sup></b>			
■ Soins dentaires remboursés par le régime de base (hors inlay/onlay)	70% BR	30 % BR	100 % BR
■ Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (hors couronne implantoportée)	70% BR	140 % BR + crédit de 350 €/an/bénéficiaire	210 % BR + crédit de 350 €/an/bénéficiaire
■ Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base (hors implantologie)	-	350 €/an/bénéficiaire	350 €/an/bénéficiaire
■ Inlay/onlay	70% BR	140 % BR + crédit de 350 €/an/bénéficiaire	210 % BR + crédit de 350 €/an/bénéficiaire
■ Orthodontie acceptée	100% BR	180 % BR	280 % BR
■ Orthodontie refusée	-	-	-
■ Implantologie	-	-	-
■ Parodontologie (non associée à l'implantologie)	-	100 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire

Garanties	Régime frais de santé		
	Remboursements Régime de base	Remboursements Socle conventionnel	Remboursements totaux (y compris Régime de Base)
<b>APPAREILLAGE</b>			
■ Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses non auditives	65 % BR	235 % BR	300%BR
■ Prothèses auditives acceptées	65 % BR	390 % BR + crédit de 200 €/oreille/ 3 ans	455 % BR+ crédit de 200 € /oreille/ 3 ans
<b>HOSPITALISATION (secteur conventionné ou non)</b>			
■ Frais de soins et de séjour	80 % à 100% BR	20 % - 0 % BR	100 % BR
■ Dépassements d'honoraires	-	400 % BR	400 % BR
■ Forfait hospitalier	-	100 % dès le 1 <sup>er</sup> jour	100 % dès le 1 <sup>er</sup> jour
■ Chambre particulière	-	52 €/jour pendant 60 jours puis 25 €/jour	52 €/jour pendant 60 jours puis 25 €/jour
■ Frais de lit d'accompagnant (lit + repas)	-	52 €/jour pendant 30 jours	52 €/jour pendant 30 jours
<b>MATERNITE (secteur conventionné ou non)</b>			
■ Frais de soins et séjour	100 % BR	200 % BR	300 % BR
■ Dépassement d'honoraires	-	Crédit d'1/3 du PMSS / maternité + crédit de 52 €/jours	Crédit d'1/3 du PMSS / maternité + crédit de 52 €/jours
■ Chambre particulière	-		
<b>POLYVALENTS</b>			
■ Transport médical sur prescription	65 % BR	Frais réels	Frais réels
■ Forfait actes lourds « 18 euros »	-	100% du forfait	100% du forfait
■ Frais balnéaires acceptés	65 % BR	35 % BR	100 % BR
■ Hospitalisation à domicile acceptée	100 % BR-	0 % BR	100 % BR
<b>SANTE QUOTIDIENNE (non remboursée pas la MSA)</b>			
■ Pharmacie sur prescription	-	-	-
■ Vaccins prescrits	-	40 €/an/famille	40 €/an/famille

NB : Les crédits en euros sont calculés à partir d'un pourcentage du PMSS et devront être réévalués chaque année en fonction du montant du PMSS.  
**BR** : base de remboursement ; **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité Sociale.

### 3. NIVEAU 3 OPTIONNEL FACULTATIF

Les garanties en vigueur sont exprimées en % de la base de remboursement.

Garanties	Régime frais de santé		
	Remboursements Régime de base <sup>(1)</sup>	Remboursements Niveau 3 optionnel	Remboursements totaux (y compris Régime de Base) <sup>(1)</sup>
<b>FRAIS MEDICAUX<sup>(1)</sup></b>			
■ Consultations, visites, honoraires (généralistes ou spécialistes)	70 % BR	230 % BR	300 % 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	60 % BR	40 % BR	100 % BR
■ Médecine douce	-	23 €/consultation limité à 4/an/famille	23 €/consultation limité à 4/an/famille
■ Actes de prévention responsable	35 % à 70 %	65 % à 30 % BR	100 % BR
<b>PHARMACIE<sup>(1)</sup></b>			
■ Pharmacie prise en charge du régime de base	15 % à 100 % BR	85 % à 0 % BR	100 % BR
<b>OPTIQUE</b>			
■ Soins et honoraires	70 % BR	30 % BR	100 % BR
■ Verres, montures, lentilles (avec prise en charge acceptée)	65 % BR	390 % BR + crédit de 475 €/an/bénéficiaire	455 % BR + crédit de 475 €/an/bénéficiaire
■ Chirurgie corrections oculaires	-	475 €/an/bénéficiaire	475 €/an/bénéficiaire
<b>DENTAIRE<sup>(1)</sup></b>			
■ Soins dentaires remboursés par le régime de base (hors inlay/onlay)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
■ Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (hors couronne implantoportée)	70 % BR	140 % BR + crédit de 475 €/an/bénéficiaire	140 % BR + crédit de 475 €/an/bénéficiaire
■ Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base (hors implantologie)	-	475 €/an/bénéficiaire	475 €/an/bénéficiaire
■ Inlay/onlay	70 % BR	140 % BR + crédit de 475 €/an/bénéficiaire	210 % BR + crédit de 475 €/an/bénéficiaire
■ Orthodontie acceptée	100 % BR	280 % BR	280 % BR
■ Orthodontie refusée	-	-	-
■ Implantologie	-	200 €/an	200 €/an/bénéficiaire
■ Parodontologie (non associée à l'implantologie)	-	100 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire

Garanties	Régime frais de santé		
	Remboursements Régime de base	Remboursements Socle conventionnel	Remboursements totaux (y compris Régime de Base)
<b>APPAREILLAGE</b>			
■ Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses non auditives	65 % BR	435 % BR	500%BR
■ Prothèses auditives acceptées	65 % BR	390 % BR + crédit de 350 €/oreille/ 3 ans	455 % BR+ crédit de 350 €/oreille/ 3 ans
<b>HOSPITALISATION (secteur conventionné ou non)</b>			
■ Frais de soins et de séjour	80 % à 100% BR	20 % - 0 % BR	100 % BR
■ Dépassements d'honoraires	-	400 % BR	400 % BR
■ Forfait hospitalier	-	100 % dès le 1 <sup>er</sup> jour	100 % dès le 1 <sup>er</sup> jour
■ Chambre particulière	-	78 €/jour pendant 60 jours puis 25 €/jour	78 €/jour pendant 60 jours puis 25 €/jour
■ Frais de lit d'accompagnant (lit + repas)	-	52 €/jour pendant 30 jours	52 €/jour pendant 30 jours
<b>MATERNITE (secteur conventionné ou non)</b>			
■ Frais de soins et séjour	100 % BR	200 % BR	300 % BR
■ Dépassement d'honoraires	-	Crédit d'1/3 du PMSS / maternité + crédit de 52 €/jours	Crédit d'1/3 du PMSS / maternité + crédit de 52 €/jours
■ Chambre particulière	-		
<b>POLYVALENTS</b>			
■ Transport médical sur prescription	65 % BR	Frais réels	Frais réels
■ Forfait actes lourds « 18 euros »	-	100% du forfait	100% du forfait
■ Frais balnéaires acceptés	65 % BR	35 % BR + crédit de 150 €/an	100 % BR + crédit de 150 €/an
■ Hospitalisation à domicile acceptée	100 % BR	0 % BR	100 % BR
<b>SANTE QUOTIDIENNE (non remboursée pas la MSA)</b>			
■ Pharmacie sur prescription	-	40 €/an/famille	40 €/an/famille
■ Vaccins prescrits	-	40 €/an/famille	40 €/an/famille

NB : Les crédits en euros sont calculés à partir d'un pourcentage du PMSS et devront être réévalués chaque année en fonction du montant du PMSS.

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

Les pourcentages indiqués s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement aux régimes d'assurances maladie obligatoires français.

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 crédit 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.

