

Régime frais de santé

Exploitations agricoles, entreprises de travaux agricoles
et ruraux et CUMA relevant de l'Accord Départemental
du Gers du 28 octobre 2014

Conditions Générales

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 — Dispositions générales	4
ARTICLE 1-1 COMPOSITION DU CONTRAT	4
ARTICLE 1-2 OBJET DU CONTRAT	4
ARTICLE 1-3 MODULARITÉ DU CONTRAT	4
ARTICLE 1-4 ORGANISME ASSUREUR	4
ARTICLE 1-5 DÉLÉGATION DE GESTION	5
ARTICLE 1-6 PRESCRIPTION	5
ARTICLE 1-7 RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE	6
ARTICLE 1-8 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	6
ARTICLE 1-9 RECLAMATIONS – MÉDIATION	6
ARTICLE 1-10 DEGRÉ ÉLEVÉ DE SOLIDARITÉ	7
Titre 2 — Exécution du contrat	8
ARTICLE 2-1 ADHÉSION DES ENTREPRISES AU CONTRAT	8
ARTICLE 2-2 PRISE D'EFFET / DURÉE ET RÉVISION DU CONTRAT	8
ARTICLE 2-3 GROUPE ASSURÉ	9
ARTICLE 2-4 AFFILIATION ET ADMISSION DANS L'ASSURANCE DES PARTICIPANTS	10
ARTICLE 2-5 RÉSILIATION DES GARANTIES OPTIONNELLES FACULTATIVES ET/OU DE L'EXTENSION FAMILLE PAR LE PARTICIPANT	12
ARTICLE 2-6 CESSATION DE L'AFFILIATION ET DES GARANTIES	13
ARTICLE 2-7 OBLIGATIONS DE L'INSTITUTION	13
ARTICLE 2-8 OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE	13
ARTICLE 2-9 OBLIGATIONS DU PARTICIPANT	14
Titre 3 — Cotisations	16
ARTICLE 3-1 MONTANT DES COTISATIONS	16
ARTICLE 3-2 MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS	16
ARTICLE 3-3 DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	17
Titre 4 — Garanties	18
ARTICLE 4-1 BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES	18
ARTICLE 4-2 ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES	18
ARTICLE 4-3 MONTANT DES GARANTIES	18
ARTICLE 4-4 LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIES	18
ARTICLE 4-5 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES	19
ARTICLE 4-6 RÉGLEMENT DES PRESTATIONS ET CONTRÔLE	19
ARTICLE 4-7 CESSATION DES GARANTIES	20
ARTICLE 4-8 DISPOSITIONS APPLICABLES AUX SALARIÉS N'AYANT PAS L'ANCIENNETÉ REQUISE	20
ARTICLE 4-9 DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	21
ARTICLE 4-10 MAINTIEN DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ AU TITRE DE LA PORTABILITÉ	21
ARTICLE 4-11 MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL	23
Annexe 1 — Définitions	26
ARTICLE 1 DÉFINITIONS DES INTERVENANTS AU CONTRAT	26
ARTICLE 2 DÉFINITIONS DES TERMES PROPRES AU CONTRAT	27
Annexe 2 — Tableau des garanties de base obligatoires	32
Annexe 3 — Tableau des garanties de base obligatoires + garanties facultatives	34

Préambule

Par **accord départemental du 28 octobre 2014**, les partenaires sociaux des exploitations agricoles, des entreprises de travaux agricoles et ruraux et les coopératives d'utilisation de matériel agricole du Gers, ont révisé le régime **complémentaire frais de santé pour les salariés non cadres** des employeurs relevant dudit accord.

Les partenaires sociaux de l'accord départemental du 28 octobre 2014 ont procédé à un changement d'organisme assureur dans le cadre de la nouvelle réglementation, sans pour autant modifier les garanties du régime.

Ainsi, AGRI PRÉVOYANCE a été recommandée pour l'assurance et la gestion du régime.

Ce régime départemental entre en vigueur au **1^{er} janvier 2015**. Il est mis en œuvre par le présent contrat.

Cet accord permet à **tous les salariés non cadres**, définis à l'article 2-3 des présentes Conditions Générales, présents dans les entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel dudit accord, de bénéficier d'une protection sociale complémentaire harmonisée en matière de garantie frais de santé.

En plus de la garantie santé complémentaire dite « régime obligatoire », l'accord départemental du 28 octobre 2014 prévoit avec les garanties optionnelles pouvant être souscrites par les salariés à titre facultatif.

La couverture des salariés non cadres peut être étendue à l'identique à leurs ayants droit par la souscription de l'extension famille à titre facultatif.

Titre 1 — Dispositions générales

ARTICLE 1-1 Composition du contrat

Le contrat se compose :

- des présentes Conditions Générales ;
- d'un bulletin d'adhésion valant engagement de l'entreprise de faire bénéficier l'ensemble des salariés appartenant au groupe assuré des garanties définies par l'accord départemental du Gers du 28 octobre 2014.

Il est régi par le Livre IX du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 1-2 Objet du contrat

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

Ce contrat satisfait aux conditions posées par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et ses différents décrets et arrêtés d'application pour répondre aux définitions de « **contrat solidaire** » et « **contrat responsable** ». Il est précisé que le contrat sera adapté à la réglementation issue du décret du 18 novembre 2014, après avenant à l'accord départemental du Gers. L'absence de mise en conformité du régime avec les règles relatives au contrat responsable remet en cause le cadre social et fiscal attaché au présent contrat.

ARTICLE 1-3 Modularité du contrat

Le contrat se compose d'une garantie de base obligatoire à laquelle peuvent s'adosser une option « garanties facultatives » et une extension famille facultative, définies par l'accord départemental du Gers du 28 octobre 2014 :

→ **Garantie de base obligatoire** : elle correspond à la garantie obligatoire pour tous les salariés appartenant au groupe assuré ;

→ **Garanties optionnelles facultatives** : cette option contribue à améliorer la garantie obligatoire pour les salariés appartenant au groupe assuré et éventuellement leurs ayants droit s'ils souscrivent à l'extension famille facultative décrite ci-dessous. Elle est à affiliation facultative pour chaque salarié.

→ **Extension famille facultative** : elle constitue l'extension de la garantie du salarié à l'identique, au bénéfice de ses ayants droit tels que définis à l'annexe 1. Elle est à affiliation facultative pour chaque salarié.

ARTICLE 1-4 Organisme assureur

Les garanties du contrat sont assurées par AGRI PRÉVOYANCE, Institution de Prévoyance dont le siège social est situé au 21, rue de la Bienfaisance, 75382 Paris Cedex 08.

Cette institution est régie par l'article L. 727-2-II du Code rural et de la pêche maritime. Elle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe 61 rue Taitbout, 75009 PARIS.

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

ARTICLE 1-5 Délégation de gestion

—
Conformément aux dispositions de l'accord départemental du 28 octobre 2014 et de la convention d'assurance et de gestion le complétant conclue entre les partenaires sociaux et AGRI PRÉVOYANCE, la gestion administrative des adhésions, des affiliations et du recouvrement des cotisations de la garantie de base obligatoire et des garanties optionnelles ainsi que la gestion du paiement de toutes les prestations afférentes au présent contrat est déléguée à la **caisse de Mutualité Sociale Agricole (MSA)** dont relèvent les entreprises adhérentes et les participants.

ARTICLE 1-6 Prescription

—
Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par 2 ans à compter de la date de l'évènement, dans les conditions prévues à l'article L. 932-13 du Code de la Sécurité sociale.

Toutefois ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance ;
2. En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'entreprise adhérente, du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant

droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'entreprise adhérente, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

—
En application de l'article L. 932-13-3 du Code de la Sécurité sociale, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci. Elles sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil.

Il s'agit notamment de :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du Code civil) ;
- Une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;
- Un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).

La prescription est également interrompue par :

→ La désignation d'experts à la suite d'une demande de prestation ;

L'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Institution à l'entreprise adhérente en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant à l'Institution en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 1-7 **Recours contre tiers responsable**

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

ARTICLE 1-8 **Informatique et 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@groupagricar.com ».

ARTICLE 1-9 **Reclamations – Médiation**

—
En cas de désaccord persistant, en dehors de toute demande d'information ou d'avis, il est possible d'adresser une réclamation :

→ **soit par courrier** à AGRI PRÉVOYANCE - Service Réclamations, 21 rue de la Bienfaisance, 75382 Paris cedex 08 ;

→ **soit par courriel** sur le site Internet du GROUPE AGRICA en cliquant sur la rubrique « Réclamations ».

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

→ le code client de l'entreprise ou du participant

→ le domaine concerné (retraite, prévoyance ou santé).

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

ARTICLE 1-10 Degré élevé de solidarité

—
Les salariés en difficulté sociale, professionnelle ou matérielle peuvent bénéficier des prestations présentant un degré élevé de solidarité.

—
Pour compléter ce dispositif, la Commission Paritaire de Suivi du Régime pourra décider, chaque année, de mettre en œuvre une politique d'action sociale et/ou de prévention.

—
En outre, les salariés non cadres peuvent bénéficier de l'action sociale d'AGRI PRÉVOYANCE.

Titre 2 — Exécution du contrat

ARTICLE 2-1 Adhésion des entreprises au contrat

1. CHAMP D'APPLICATION DE L'ACCORD

Entrent dans le champ d'application de l'accord départemental du 28 octobre 2014 et doivent donc adhérer au présent contrat les exploitations et entreprises agricoles des branches et secteurs d'activités suivants :

- les exploitations agricoles ;
- les exploitations de cultures spécialisées (viticulture, maraîchage, fruitières) ;
- les entreprises de battage, de moissonnage-battage, de motoculture ;
- les entreprises de travaux agricoles et ruraux ;
- les coopératives de cultures en commun et les CUMA.

Le présent accord s'applique aux entreprises et établissements dont le siège social ou le siège de l'exploitation est situé dans le département du Gers.

2. ADHÉSION À L'ORGANISME ASSUREUR RECOMMANDÉ

L'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel de l'Accord Départemental du Gers a la faculté d'adhérer à AGRI PRÉVOYANCE, organisme assureur recommandé par les partenaires sociaux afin de satisfaire aux obligations conventionnelles résultant de cet accord.

3. MODALITÉS D'ADHÉSION DES ENTREPRISES

Toutes les entreprises doivent réaliser les formalités d'adhésion, sauf celles adhérant à

l'Institution avant le 1^{er} janvier 2015 pour le risque prévoyance.

Les entreprises qui n'étaient pas adhérentes à l'Institution précédemment doivent demander leur adhésion à l'Institution qui leur adresse, en retour, un dossier comprenant notamment les présentes Conditions générales, la Notice d'information, un bulletin d'adhésion et des bulletins d'affiliation.

L'adhésion s'effectue par la signature d'un bulletin d'adhésion dûment complété et retourné à l'Institution.

Dans tous les cas, l'Institution procède à l'enregistrement de l'adhésion de l'entreprise et lui confirme la prise en compte de celle-ci par l'envoi d'un certificat d'adhésion.

L'entreprise qui adhère au présent contrat est dénommée ci-après « **entreprise adhérente** ».

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

2-2-1 PRISE D'EFFET

Le contrat **prend effet le 1^{er} janvier 2015** pour toutes les entreprises adhérentes à l'Institution avant cette date. Cette date de prise d'effet est précisée dans le certificat d'adhésion adressé à l'entreprise adhérente.

Lorsque la demande d'adhésion est postérieure au 1^{er} janvier 2015, le contrat prend effet au 1^{er} jour du mois civil suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par l'Institution.

2-2-2 DURÉE

Le présent régime résultant d'une obligation prévue dans une convention de branche, et

conformément à l'article L.932-12 du Code de la Sécurité sociale, les seuls cas de cessation de l'adhésion sont :

- la cessation d'activité de l'entreprise adhérente ;
- le changement d'activité faisant sortir l'entreprise du champ d'application de l'Accord Départemental du Gers ;
- le changement d'organisme assureur recommandé par les partenaires sociaux ;
- la dénonciation de l'Accord Départemental du Gers décidée par les partenaires sociaux.

2-2-3 RÉVISION DES GARANTIES OU DES COTISATIONS

Les dispositions du présent contrat sont établies en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de signature de l'accord départemental du 28 octobre 2014, notamment de celles applicables au régime de base de Sécurité sociale en ce qui concerne les bases et taux de remboursement. En cas de changement de celles-ci postérieurement à cette date, nécessitant une modification des dispositions du présent contrat, notamment lorsque la révision est motivée par la nécessité de conserver au contrat son caractère « responsable », une concertation devra être engagée avec la Commission Paritaire de Suivi de l'accord départemental du 28 octobre 2014 et le cas échéant faire l'objet d'un avenant audit accord. Dans cette hypothèse, l'Institution informera l'entreprise adhérente des modifications applicables pour maintenir au contrat son caractère « responsable ».

Par ailleurs, l'Institution pourra procéder, si les résultats du régime devenaient déficitaires, après concertation et conclusion d'un avenant par les partenaires sociaux de l'accord départemental du 28 octobre 2014, à une révision tarifaire ou à une diminution des garanties.

Toute taxe ou contribution qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite, pourrait, après concertation avec la Commission Paritaire de Suivi et conclusion d'un avenant par les partenaires sociaux de l'accord départemental du 28 octobre 2014, être mise à la charge de l'entreprise adhérente et/ou des participants et payable en même temps que la cotisation.

En outre, les cotisations sont indexées chaque au 1^{er} janvier de chaque exercice sur l'écart, s'il est positif, entre le taux d'évolution annuelle de l'indice de la Consommation Médicale Totale (hors hospitalisation), connu au 1^{er} septembre et le pourcentage d'augmentation du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale constaté entre le 1^{er} janvier de l'exercice précédent et le 1^{er} janvier de l'exercice concerné.

ARTICLE 2-3 Groupe assuré

Le groupe assuré est constitué par l'ensemble des salariés des entreprises adhérentes, **justifiant d'au moins quatre mois d'ancienneté dans l'entreprise et relevant du champ d'application du présent accord.**

Postérieurement au 1^{er} janvier 2015, les salariés nouvellement embauchés dans l'entreprise adhérente pourront néanmoins adhérer à titre

facultatif aux garanties du régime de complémentaire santé sans attendre l'acquisition de l'ancienneté, tel que prévu à l'article 4-8 des présentes Conditions Générales.

—

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

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

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

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

—

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

—

2-4-1 GARANTIE OBLIGATOIRE

1. Principe : affiliation obligatoire des participants

Sous réserve des cas de dispenses d'affiliations expressément prévus dans l'accord départemental du 28 octobre 2014 et visés au paragraphe ci-dessous, l'ensemble des salariés présents et futurs constituant le groupe assuré et ceux bénéficiant des dispositions applicables en matière de cumul Emploi/Retraite, doit **être obligatoirement affilié au présent contrat**.

L'Institution délègue à la caisse de MSA le soin de déterminer les salariés à affilier au sein des entreprises adhérentes.

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

- à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat, et au plus tôt, le 1^{er} janvier 2015, lorsque l'intéressé est inscrit sur les registres du personnel à cette date et qu'il fait partie du groupe assuré ;
- à compter du 1^{er} jour du mois civil au cours duquel les conditions nécessaires pour entrer dans le groupe assuré sont satisfaites, notamment lorsque le salarié est engagé postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat, et sous réserve que l'entreprise ait effectué les formalités d'affiliation.

—

CAS PARTICULIER :

Dans le cas d'un salarié employé par plusieurs employeurs relevant du champ d'application de l'accord précité, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent à la garantie. Il s'agit du premier employeur auprès duquel le salarié acquiert la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié concernés.

—

2 DÉROGATION : CAS DE DISPENSES D'AFFILIATION

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

- les salariés à temps partiel et les apprentis ayant au moins quatre mois d'ancienneté et dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation salariale au moins égale à 10 % de leur rémunération brute. En cas d'augmentation de la rémunération, si la cotisation salariale représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement s'affilier au régime mis en place par l'accord ;
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C en application de l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité Sociale ou de l'aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS), en application de l'article L. 863-1 du même code. La dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou ne perçoit plus l'ACS ;
- à condition d'en justifier chaque année, les salariés bénéficiaires par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en qualité d'ayants droit, d'une couverture collective à adhésion obligatoire mise en place dans une autre entreprise (salariés à employeurs multiples ou en qualité d'ayants droit affiliés à titre obligatoire).

—

Cette dernière dispense d'affiliation prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non renouvellement annuel de l'attestation, de cessation de la couverture obligatoire, de la diminution du niveau de prestations à un niveau inférieur à celles fixées dans le présent accord ou à la demande du salarié.

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

La demande de dispense doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard **avant la fin du premier mois qui suit celui de l'acquisition de quatre mois d'ancienneté**.

Le participant qui ne remplit plus les conditions requises à la dispense d'affiliation doit en informer l'entreprise adhérente.

—

La dispense prend fin :

- en cas de modification de la situation du participant ne lui permettant plus de justifier des conditions requises pour faire usage de la dispense d'affiliation,
- en cas de non renouvellement annuel des justificatifs ou à sa demande.

Le participant doit alors obligatoirement être affilié au présent contrat à compter du premier jour du mois civil suivant.

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

—

2-4-2 GARANTIES OPTIONNELLES FACULTATIVES

L'affiliation aux garanties optionnelles facultatives peut être demandée à l'Institution par le participant :

- au moment de son affiliation au présent contrat, il sera alors couvert à compter du

1^{er} jour du mois civil qui suit la réception du bulletin d'affiliation ;

- annuellement, au plus tard le 30 novembre de chaque année, il sera alors couvert le 1^{er} janvier de l'année qui suit celle de sa demande.

Cette demande est formalisée par l'imprimé « Bulletin d'affiliation » dûment complété par le participant.

—

2-4-3 EXTENSION FAMILLE FACULTATIVE

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

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

Cette demande est formalisée par l'imprimé « Bulletin d'affiliation » dûment complété par le participant.

—

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

un nouveau bulletin de d'affiliation, mis à disposition sur le site internet du Groupe Agrica.

ARTICLE 2-5 Résiliation des garanties optionnelles facultatives et/ou de l'extension famille par le participant

—

Le participant a la faculté de résilier les garanties optionnelles facultatives et/ou l'extension famille :

- annuellement, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Institution, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La résiliation prend alors effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.
- en cours d'année, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Institution, dans les 30 jours qui suivent l'événement, en cas de changement dans la situation familiale du participant ou de modification de la situation professionnelle de son conjoint. La résiliation prend alors effet à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit l'événement.

En cas de résiliation, toute nouvelle demande d'affiliation aux garanties optionnelles 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 du conjoint.

ARTICLE 2-6 Cessation de l'affiliation et des garanties

1. CESSATION DE L’AFFILIATION

L'affiliation du participant au présent contrat cesse :

- le dernier jour du mois au cours duquel il cesse d'appartenir au groupe assuré visé à l'article 2-3 ;
- le dernier jour du mois au cours duquel intervient la rupture de son contrat de travail, quel qu'en soit le motif, étant précisé qu'en ce qui concerne le participant bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi-Retraite, il s'agit de la date de rupture de son contrat de travail au titre de l'activité cumulée avec sa retraite.

L'entreprise doit informer l'Institution des cas de cessation de l'affiliation d'un participant, au plus tard dans les 10 jours suivant la date de cessation de son contrat.

2. CESSATION DES GARANTIES

Pour chaque participant, les garanties prennent fin à la date de cessation de son affiliation dans les conditions ci-dessus. En tout état de cause, elles cessent, excepté pour les participants bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi-Retraite, à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) ou de tout autre régime de base de la Sécurité sociale, y compris pour inaptitude au travail, sans préjudice des dispositions relatives au maintien des garanties au titre de la portabilité des droits.

ARTICLE 2-7 Obligations de l'institution

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

ARTICLE 2-8 Obligations de l'entreprise adhérente

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

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

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

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

2-8-2 A L'ÉGARD DE L'INSTITUTION

L'entreprise adhérente s'oblige :

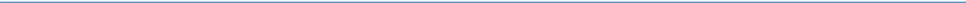
- à affilier l'ensemble des participants appartenant au groupe assuré ;

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

ARTICLE 2-9 Obligations du participant

Chaque participant s'oblige :

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



Titre 3 — Cotisations

ARTICLE 3-1 Montant des cotisations

—
Les garanties du présent contrat sont accordées moyennant le paiement de cotisations fixées en pourcentage du plafond mensuel de Sécurité sociale (PMSS).

3-1-1 TAUX DE COTISATION GARANTIE DE BASE OBLIGATOIRE

Participants ayant 4 mois d'ancienneté et plus dans l'entreprise : **1,07%**

L'employeur doit prendre à sa charge 15% de la cotisation, dans la limite de 5,50€ par mois.

3-1-2 TAUX DE COTISATIONS GARANTIES FACULTATIVES (GARANTIES OPTIONNELLES ET EXTENSION FAMILLE)

Les taux de cotisation afférent aux garanties optionnelles et/ou à l'extension famille sont entièrement à la charge du participant.

1. Salariés ayant 4 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise

Extension famille : **+ 1,94%**

Garanties optionnelles salarié seul : **+ 0,17%**

Garanties optionnelles famille : **+ 0,44%**

2. Salariés ayant moins de 4 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise

Garantie de base salarié seul : **1,22%**

Extension famille : **+ 1,79%**

Garanties optionnelles salarié seul : **+ 0,20%**

Garanties optionnelles famille : **+ 0,44%**

Les pourcentages ci-dessus sont applicables pour l'exercice 2015 dans le cadre de la réglementation en vigueur et pourront varier par la suite pour maintenir l'équilibre du contrat conformément aux dispositions prévues à l'article 2-2-3 du présent contrat.

ARTICLE 3-2 Modalités de paiement des cotisations

—
Les cotisations sont dues dans leur intégralité pour tout mois commencé, notamment en cas d'entrée du participant dans le groupe assuré ou de rupture de contrat de travail en cours de mois.

Les cotisations cessent d'être dues à la fin du mois de la cessation d'affiliation.

3-2-1 SALARIÉS AYANT 4 MOIS D'ANCIENNETÉ CONTINUE DANS L'ENTREPRISE

1. Garantie de base obligatoire

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

2. Garanties facultatives (Garanties optionnelles et extension famille)

Ces cotisations sont appelées et recouvrées par la caisse de **MSA** directement auprès des participants.

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

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

3-2-2 SALARIÉS AYANT MOINS DE 4 MOIS D'ANCIENNETÉ CONTINUE DANS L'ENTREPRISE

Ces cotisations sont appelées et recouvrées par **AGRI PRÉVOYANCE** directement auprès des participants.

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

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

ARTICLE 3-3 Défaut de paiement des cotisations

Sous réserve des cas de maintien de la garantie dans les conditions prévues aux articles 4-8, 4-9 et 4-11, la responsabilité du versement des cotisations prévues par le présent contrat est définie ainsi :

1. GARANTIE DE BASE OBLIGATOIRE

Le versement de la cotisation est de la seule responsabilité de l'entreprise adhérente, même si une fraction de celles-ci est à la charge effective des participants.

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

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

2. GARANTIES OPTIONNELLES FACULTATIVES, EXTENSION FAMILLE SOUSCRITES PAR LE PARTICIPANT

Le versement des cotisations des garanties optionnelles facultatives et de l'extension famille souscrites par le participant sont de la seule responsabilité de celui-ci.

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

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

Titre 4 — Garanties

ARTICLE 4-1 Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires des garanties sont :

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

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

ARTICLE 4-2 Entrée en vigueur des garanties

1. POUR LE PARTICIPANT

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

2. POUR LES AYANTS DROIT DU PARTICIPANT

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

ARTICLE 4-3 Montant des garanties

Les montants des remboursements garantis par le présent contrat **correspondent à ceux prévus par l'accord départemental du 28 octobre 2014.**

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.**

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 ».

ARTICLE 4-4 Limites et exclusions de garanties

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

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

1. LIMITES LIÉES AU CARACTÈRE « RESPONSABLE » DU CONTRAT

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

de la réglementation et de ses évolutions futures.

Notamment, il ne rembourse :

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

2. PRÉCISIONS EN CAS D'ASSURANCES CUMULATIVES

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

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

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

ARTICLE 4-5 **Etendue territoriale des garanties**

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

ARTICLE 4-6 **Réglement des prestations et contrôle**

Les prestations prévues au présent contrat sont réglées **directement par la caisse de MSA** du participant, seul interlocuteur pour le remboursement de ses frais de santé au titre du régime de base et régime mis en place via l'accord départemental du 28 octobre 2014.

En cas de suspicion de fraude aux prestations, l'Institution se réserve la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales et/ou de demander toutes autres justifications qui lui paraîtraient nécessaires, notamment les prescriptions médicales et les factures détaillées. Le participant qui, intentionnellement, fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement, perd tout droit aux garanties pour la demande de règlement en cause.

En cas de récupération de la part de la Mutualité Sociale Agricole, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, l'Institution de prévoyance se réserve le droit de récupérer toutes prestations indûment réglées au participant.

ARTICLE 4-7 Cessation des garanties**1. POUR LE PARTICIPANT**

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

- le dernier jour du mois au cours duquel il cesse d'appartenir au groupe assuré visé à l'article 2-3 des présentes Conditions Générales ;
- le dernier jour du mois au cours duquel intervient la rupture de son contrat de travail, s'il quitte l'entreprise adhérente avant l'âge d'admission à la retraite quel qu'en soit le motif. A cette date, le participant licencié ou invalide pourra, à sa demande expresse, contracter aux conditions de souscription et aux tarifs en vigueur, un contrat proposé à titre individuel dans les conditions définies à l'article 4-11 des présentes Conditions Générales ;
- le dernier jour du mois au cours duquel intervient la cessation totale d'activité liée à la liquidation de la pension vieillesse de la Mutualité Sociale Agricole. A cette date, tout participant retraité en faisant la demande pourra contracter un contrat proposé à titre individuel, dans les conditions définies à l'article 4-11 des présentes Conditions Générales ;
- le dernier jour du mois au cours duquel il cesse de percevoir une rémunération, sous réserve des dispositions spécifiques prévues à l'article 4-9 ci-après.

2. POUR LES AYANTS DROIT DU PARTICIPANT

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

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

ARTICLE 4-8 Dispositions applicables aux salariés n'ayant pas l'ancienneté requise

Le salarié nouvellement embauché dans l'entreprise peut demander à AGRI PRÉVOYANCE de souscrire un contrat individuel pour bénéficier des garanties santé prévues par l'accord du Gers du 28 octobre 2014.

Dans ce cas, il doit faire sa demande à AGRI PRÉVOYANCE dans un délai de quatre semaines à compter de sa date d'entrée dans l'entreprise. AGRI PRÉVOYANCE lui transmet le bulletin d'adhésion dans lequel il peut choisir de couvrir sa famille avec l'extension famille et/ou améliorer sa garantie de base avec les garanties optionnelles facultatives.

Les cotisations, entièrement à la charge du salarié, sont précisées à l'article 3-1, 1 des présentes Conditions Générales.

Dès lors que l'ancienneté est acquise (au premier jour du mois au cours duquel le salarié acquiert quatre mois d'ancienneté continus

dans l'entreprise), le salarié entre dans le groupe assuré et bénéficie des garanties du régime à titre collectif et obligatoire.

Si le salarié souhaite couvrir sa famille avec l'extension famille et/ou améliorer sa garantie de base avec les garanties optionnelles facultatives, il doit demander à AGRI PRÉVOYANCE le bulletin d'affiliation correspondant.

ARTICLE 4-9 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

1. SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL POUR UN MOTIF NON LIÉ À UNE MALADIE OU À UN ACCIDENT

En cas de suspension du contrat de travail pour l'un des cas prévu par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, le salarié bénéficie des garanties complémentaires frais de santé de base pendant les trois premiers mois de la suspension et ce, sans versement de cotisation. L'employeur doit informer l'Institution de la suspension du contrat et de la durée de la suspension au début de celle-ci.

Après cette période, le salarié peut, pendant la période de suspension restant à courir, sous réserve de s'acquitter de la totalité de la cotisation (part patronale et part salariale), demander à AGRI PRÉVOYANCE de souscrire un contrat pour le maintien de ses garanties. Pour être recevable, le bulletin d'adhésion correspondant doit parvenir à l'Institution au

plus tard avant la fin du troisième mois de gratuité.

Le tarif appliqué à ce contrat est identique à celui des participants affiliés au présent contrat collectif, toutefois, la part patronale et part salariale sont intégralement dues par le participant.

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

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du régime obligatoire est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- Soit d'un maintien total ou partiel de salaire,
- Soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par celui-ci ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, sans versement de cotisation pour tout mois civil d'absence.

Si la suspension est inférieure à un mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de Santé est due intégralement.

ARTICLE 4-10 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 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 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 4-11 **Maintien des garanties sous forme de contrat individuel**

1. EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

En application de **la loi 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin »**, les participants dont le contrat de travail est rompu et qui répondent à l'une des conditions visées ci-dessous, pourront bénéficier du 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 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 d'activité.

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à l'Institution au plus tard six mois après la date de cessation des garanties du présent contrat collectif.

Les garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du présent contrat collectif, sous réserve du paiement par le participant des cotisations depuis cette date.

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

2. AUX AYANTS DROIT D'UN PARTICIPANT DÉCÉDÉ

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

maintien de leur couverture obligatoire dans le cadre d'une adhésion à un **contrat individuel**, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire.

Les ayants droit concernés devront toutefois justifier qu'ils ont droit aux prestations en nature du régime social de base à titre obligatoire ou personnel.

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à l'Institution au plus tard six mois après la date de cessation des garanties du contrat.

Les garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du présent contrat collectif, sous réserve du paiement par le ou les ayants droit du participant décédé des cotisations depuis cette date.

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

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



Annexe 1 — Définitions

ARTICLE 1 Définitions des intervenants au contrat

ENTREPRISE ADHERENTE

L'employeur ayant souscrit le présent contrat collectif.

PARTICIPANT

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

AYANTS-DROIT

Sont considérés comme ayants droit au sens dudit contrat :

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

- être âgés de moins de 18 ans ;
- être âgés de moins de 26 ans s'ils sont étudiants, apprentis ou demandeurs d'emploi inscrits à PÔLE EMPLOI et non indemnisés par le régime d'assurance chômage ;
- quel que soit leur âge lorsqu'ils sont reconnus invalides au sens de la législation sociale si l'état d'invalidité a été constaté avant leur 21^{ème} anniversaire.

CHANGEMENT DE SITUATION FAMILIALE

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

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

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

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

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

ARTICLE 2

Définitions des termes propres au contrat

— ACCIDENT

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

— AN (PAR AN)

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

— AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

Synonyme : professionnel paramédical

BASE DE REMBOURSEMENT (BR)

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

- Le Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- Le Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au Tarif de convention.
- Le Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Il est précisé que lorsque les frais sont engagés à l'étranger, le remboursement de l'Institution est déterminé en fonction de la base de remboursement de la Mutualité Sociale Agricole. Synonymes : base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

— CONTRAT « RESPONSABLE »

Contrat santé ne couvrant pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale et répondant à l'ensemble des conditions mentionnées par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale

et par tout texte ultérieur pris par les Pouvoirs Publics pour son application (notamment les articles R. 871-1 et R. 871-2 de ce même code).

— **CONTRAT « SOLIDAIRE »**

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

— **CREDIT**

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

— **DEVIS**

→ **Devis établi par les professionnels de santé**

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

→ **Devis établi par l'institution au titre du présent contrat**

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

— **FRAIS REELS**

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

- soit le montant des dépenses effectivement engagées par le bénéficiaire des soins pour ses prestations de santé ; dans ce cas, ce

terme est alors synonyme de « dépenses réelles ».

- soit les conditions de remboursement de certains frais ou actes par l'institution au titre du présent contrat ; lorsque pour certaines garanties, le présent contrat prévoit une prise en charge aux frais réels, l'institution calcule le montant de sa prestation en fonction du montant des frais réellement engagés pour les frais ou actes considérés et du montant des prestations en nature servies à ce titre par le Régime obligatoire de protection sociale. Toutefois, pour déterminer le montant de la prestation qu'elle doit effectivement verser, l'institution tiendra également compte de l'application éventuelle de franchises, participations forfaitaires d'1 euro ainsi qu'en cas de non respect du parcours de soins coordonnés, de l'application éventuelle de dépassements d'honoraires pratiqués à ce titre par certains professionnels de santé et/ou majorations de ticket modérateur appliquées à titre de sanction par le Régime obligatoire de protection sociale et que la législation sur les complémentaires santé « responsables » lui interdit de prendre en charge.

— **FRAIS DE SANTE**

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

— **HOSPITALISATION**

Séjour dans un établissement de santé (public ou privé) en vue du traitement médical ou

chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

MALADIE

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

MATERNITÉ

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

MÉDECIN TRAITANT

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

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

MÉDECIN CORRESPONDANT

Médecin intervenant en coordination avec le médecin traitant.

Il garantit le second niveau de recours au système de soins, notamment l'accès aux soins les plus spécialisés en répondant aux

sollicitations du médecin traitant et en recevant les patients qui lui sont adressés dans des délais compatibles avec leur état de santé.

MÉDECIN À ACCÈS DIRECT AUTORISÉ

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

NOMENCLATURE

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

ORTHODONTIE

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

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

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

les bénéficiaires d'un Régime obligatoire de protection sociale âgés de plus de 16 ans.

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

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

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

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

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

PARODONTOLOGIE

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

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

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

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

PARTICIPANT

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

PLAFOND ANNUEL DE LA SECURITE SOCIALE

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

RÉGIME OBLIGATOIRE DE PROTECTION SOCIALE

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

SOINS DE VILLE

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

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

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

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

TICKET MODÉRATEUR

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

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

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

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

TIERS PAYANT

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

—
Les définitions ci-dessus ont pour but d'aider les personnes assurées par le contrat à mieux comprendre les garanties dont ils bénéficient au titre du présent contrat complémentaire santé.

Toutefois, si le participant souhaite obtenir des informations complémentaires, les organismes d'assurance maladie complémentaires réunis au sein de l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire) ont élaboré divers documents permettant de mieux comprendre les contrats complémentaire santé et notamment un glossaire définissant de façon détaillée les soins et prestations effectués par les professionnels de santé, les conditions et modalités de remboursement éventuel de ces soins et prestations par les Régimes obligatoires de protection sociale et/ou par les complémentaires santé.

Ces documents peuvent être librement consultés sur le site internet de l'UNOCAM, à l'adresse suivante :

<http://www.unocam.fr>

Annexe 2 — Tableau des garanties de base obligatoires

Nature des risques	Remboursement Régime de base En % de la base de remboursement du régime de base	Remboursement Complémentaire En % de la base de remboursement du régime de base	Remboursement total Régime de base + Régime Complémentaire En % de la base de remboursement du régime de base
FRAIS MEDICAUX			
■ Consultations, visites, médecin ou spécialiste	70% de la BR	130% de la BR	200% de la BR (1)
■ Auxiliaires Médicaux, soins infirmiers, massages, pédicure, orthophonistes, orthoptistes, sages femmes	60% de la BR	40% de la BR	100% de la BR
■ Analyses, examen de laboratoire	60% de la BR	40% de la BR	100% de la BR
■ Radiographie, électroradiologie	70% de la BR	30% de la BR	100% de la BR
■ Participation forfaitaire sur les actes lourds (18€)	-	100% Frais Réels	100% des Frais Réels
■ Cures Thermales acceptées	65% de la BR	35% de la BR	100% de la BR
■ Vaccins prescrits	-	40€/an/famille	40€/an/famille
■ Actes de prévention responsables : 2 prévus par l'arrêté du 08/06/06	De 35% à 70% de la BR	De 30% à 65% de la BR Sur la totalité des actes prévus dans l'arrêté du 08-06-06	100% de la BR sur la totalité des actes prévus dans l'arrêté du 08-06-06
PHARMACIE			
■ Pharmacie prise en charge	15% à 65% de la BR	TM	100% de la BR
FRAIS D'OPTIQUE			
■ Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée par le régime de base	60% de la BR	395% de la BR + forfait 350€/an et par bénéficiaire	455% de la BR +forfait de 350€/année civile et par bénéficiaire
FRAIS DENTAIRES			
■ Prothèses dentaires acceptées par le régime de base	70% de la BR	140% de la BR + forfait 350€ par an par bénéficiaire	210% de la BR + Forfait 350€ par année civile et par bénéficiaire
■ Soins et honoraires	70% de la BR	30% de la BR	100% de la BR
■ Parodontologie	-	100€/an/bénéficiaire	100€/an/bénéficiaire
■ Orthodontie acceptée (Enfants moins de 16 ans)	100% BR	150% BR	250% de la BR
APPAREILLAGE			
■ Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	De 60% à 100% de la BR	De 200 à 240% de la BR	300% de la BR
■ Prothèses auditives	60% de la BR	395% de la BR+200€/an	455% de la BR+200€/an

Nature des risques	Remboursement Régime de base En % de la base de remboursement du régime de base	Remboursement Complémentaire En % de la base de remboursement du régime de base	Remboursement total Régime de base + Régime Complémentaire En % de la base de remboursement du régime de base
HOSPITALISATION ET PSYCHIATRIE (secteur conventionne ou non)			
■ Frais de séjour	De 80 à 100% de la BR	De 0 à 20% de la BR	100% de la BR
■ Honoraires	De 80 à 100% de la BR	De 400 à 420 % de la BR	480% à 500% de la BR
■ Chambre particulière	-	52€/jour pendant 60 jours puis 25€/jour	52€/jour pendant 60 jours puis 25€/jour
■ Séjour Accompagnant	-	52€/jour pendant 30 jours	52€/jour pendant 30 jours
■ Forfait journalier Hospitalier	-	100% des Frais Réels	100% des Frais Réels
MATERNITÉ (secteur conventionne ou non)			
■ Frais de Soins et séjour	100% de la BR	200% de la BR	300 % de la BR
■ Dépassement d'honoraires et chambre particulière	-	52€/jour	52€/jour
TRANSPORT			
	65 %	35 %	100 %

Régime de base = Mutualité Sociale Agricole (MSA) ou Sécurité Sociale (SS)

BR = base de remboursement du régime de base (MSA ou SS)

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale au 1^{er} janvier de l'année

ACTES DE PRÉVENTION :

Conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable dans le parcours de soins, l'Institution a choisi de prendre en

charge les actes de prévention prévus à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale figurant sur la liste prévue à cet effet par l'arrêté du 8 juin 2006.

Annexe 3 — Tableau des garanties de base obligatoires + garanties facultatives

Nature des risques	Remboursement Régime de base	Remboursement Complémentaire Garantie de base obligatoire	Remboursement Complémentaire Option Garanties facultatives	Remboursement total Régime de base + Régime Complémentaire
FRAIS MÉDICAUX				
■ Consultations, visites, médecin ou spécialiste	70% de la BR	230% de la BR	100% de la BR	300% de la BR (1)
■ Auxiliaires Médicaux, soins infirmiers, massages, pédicure, orthophonistes, orthoptistes, sages femmes	60% de la BR	40% de la BR		100% de la BR
■ Analyses, examen de laboratoire	60% de la BR	40% de la BR		100% de la BR
■ Radiographie, électroradiologie	70% de la BR	30% de la BR		100% de la BR
■ Participation forfaitaire sur les actes lourds (18€)	-	100% des Frais Réels		100% des Frais Réels
■ Cures Thermales acceptées	65% de la BR	35% de la BR		100% de la BR
■ Ostéopathie	-	-	22€x4/an/famille	22€x4/an/famille
■ Vaccins prescrits	-	40€/an/famille		40€/an/famille
■ Actes de prévention responsables : 2 prévus par l'arrêté du 08/06/06	De 35% à 70% de la BR	De 30% à 65% de la BR Sur la totalité des actes prévus dans l'arrêté du 08-06-06		100% de la BR sur la totalité des actes prévus dans l'arrêté du 08-06-06
PHARMACIE				
■ Pharmacie prise en charge	15% à 65% de la BR	TM		100% de la BR
■ Pharmacie sur prescription non remboursée	-	-	40€/an/famille	40€/an/famille
FRAIS D'OPTIQUE				
■ Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée par le régime de base	60% de la BR	395% de la BR + forfait 350€/an et par bénéficiaire	+ forfait 125€/an et par bénéficiaire	455% de la BR + forfait de 475€/année civile et par bénéficiaire
FRAIS DENTAIRES				
■ Prothèses dentaires acceptées par le régime de base	70% de la BR	140% de la BR + forfait 475€ par an par bénéficiaire		210% de la BR + Forfait 475€ par année civile et par bénéficiaire
■ Soins et honoraires	70% de la BR	30% de la BR		100% de la BR
■ Implantologie		200€/an/bénéficiaire		200€/an/bénéficiaire
■ Parodontologie	-	100€/an/bénéficiaire		100€/an/bénéficiaire
■ Orthodontie acceptée (Enfants moins de 16 ans)	100% BR	150%BR	100%BR	350% de la BR

Nature des risques	Remboursement Régime de base	Remboursement Complémentaire Garantie de base obligatoire	Remboursement Complémentaire Option Garanties facultatives	Remboursement total Régime de base + Régime Complémentaire
APPAREILLAGE ET DIVERS				
■ Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	De 60% à 100% de la BR	De 200 à 240% de la BR	200% de la BR	500% de la BR
■ Prothèses auditives	60% de la BR	395% de la BR+200€/an	+150€/an	455% de la BR+ 350€/an
HOSPITALISATION ET PSYCHIATRIE (secteur conventionne ou non)				
■ Frais de séjour	De 80 à 100% de la BR	De 0 à 20% de la BR		100% de la BR
■ Honoraires	De 80 à 100% de la BR	De 400 à 420 % de la BR		480% à 500% de la BR
■ Chambre particulière	-	52€/jour pendant 60 jours puis 25€/jour		52€/jour pendant 60 jours puis 25€/jour
■ Séjour Accompagnant	-	52€/jour pendant 30 jours		52€/jour pendant 30 jours
■ Forfait journalier Hospitalier	-	100% des Frais Réels		100% des Frais Réels
MATERNITÉ (secteur conventionne ou non)				
■ Frais de Soins et séjour	100% de la BR	200% de la BR		300 % de la BR
■ Dépassement d'honoraires et chambre particulière	-	52€/jour		52€/jour
TRANSPORT				
	65 %	35 %		100 %

Régime de base = Mutualité Sociale Agricole (MSA) ou Sécurité Sociale (SS)

BR = base de remboursement du régime de base (MSA ou SS)

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale au 1^{er} janvier de l'année

ACTES DE PRÉVENTION :

Conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable dans le parcours de soins, l'Institution a choisi de prendre en

charge les actes de prévention prévus à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale figurant sur la liste prévue à cet effet par l'arrêté du 8 juin 2006.

