



Santé

SALARIÉS

Régime frais de santé

Pour les salariés non cadres des exploitations agricoles,
entreprises de travaux agricoles et ruraux et CUMA relevant
de l'Accord Départemental du Gers du 28 octobre 2014

Notice d'Information

AGRI PRÉVOYANCE



Groupe AGRICA

Titre 1 — Présentation de l'assurance complémentaire frais de santé et du contrat la mettant en oeuvre	4
ARTICLE 1-1 OBJET	4
ARTICLE 1-2 DURÉE	4
ARTICLE 1-3 MODULARITÉ DU CONTRAT	4
ARTICLE 1-4 AFFILIATION ET PRISE D'EFFET	5
ARTICLE 1-5 COTISATIONS	7
ARTICLE 1-6 RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE	8
ARTICLE 1-7 PRESCRIPTION	8
ARTICLE 1-8 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	9
ARTICLE 1-9 RECLAMATIONS – MÉDIATION	9
Titre 2 — Votre garantie frais de santé	10
ARTICLE 2-1 BÉNÉFICIAIRES	10
ARTICLE 2-2 ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE	11
ARTICLE 2-3 MONTANT DE LA GARANTIE	11
ARTICLE 2-4 LIMITES ET EXCLUSIONS DE LA GARANTIE	11
ARTICLE 2-5 ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE	12
ARTICLE 2-6 RÉGLEMENT DES PRESTATIONS ET CONTRÔLE	12
ARTICLE 2-7 CESSATION DE LA GARANTIE	13
ARTICLE 2-8 DISPOSITIONS APPLICABLES AUX SALARIÉS N'AYANT PAS L'ANCIENNETÉ REQUISE	14
ARTICLE 2-9 DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	15
ARTICLE 2-10 MAINTIEN DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ AU TITRE DE LA PORTABILITÉ	15
ARTICLE 2-11 MAINTIEN DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL	17
ARTICLE 2-12 MODALITÉS D'AFFILIATION ET DE MODIFICATION DE SITUATION	18
ARTICLE 2-13 MODALITÉS DE RESILIATION	18
Titre 3 — Services de tiers payant	20
Titre 4 — Action sociale	22
Annexe 1 — Définitions	24
Annexe 2 — Contacts	30
Annexe 3 — Tableau des garanties de base obligatoires	32
Annexe 4 — Tableaux 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**.

—
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.

AGRI PRÉVOYANCE délègue, dans le cadre d'une convention de gestion nationale, l'appel des cotisations des garanties de base obligatoires et le versement des prestations à la caisse de Mutualité Sociale Agricole du Gers.

AGRI PRÉVOYANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 61, rue Taitbout - 75009 PARIS.

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

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

—
Les remboursements et prestations prévus au titre de ce contrat correspondent à ceux prévus par l'accord départemental du 28 octobre 2014.

La présente notice a pour objet de vous présenter les garanties « frais de santé » prévues par ledit accord.

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 des tableaux des garanties.

Titre 1 —

Présentation de l'assurance complémentaire frais de santé et du contrat la mettant en oeuvre

ARTICLE 1-1 Objet

—

L'assurance complémentaire frais de santé mise en place par les partenaires sociaux de l'accord du Gers du 28 octobre 2014 vous garantit, dans les conditions exposées ci-après, **le remboursement total ou partiel des dépenses de santé** engagées pour votre compte en complétant acte par acte les prestations versées par le régime de base, **dans la limite des frais réellement engagés**.

—

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

—

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

ARTICLE 1-2 Durée

—

Le contrat collectif correspondant à cette assurance complémentaire frais de santé, auquel vous êtes affilié, s'impose à votre employeur, tant sur les garanties que sur leur niveau.

Le présent régime résultant d'une obligation prévue dans une convention de branche, conformément à l'article L.932-12 du Code de la sécurité sociale, votre employeur ne peut remettre en cause son adhésion que dans les situations suivantes :

- la cessation d'activité de votre entreprise ;
- le changement d'activité ou de siège social de votre entreprise ayant pour effet de la faire sortir du champ d'application de l'accord départemental du Gers du 28 octobre 2014 ;
- le changement d'organisme assureur recommandé par les partenaires sociaux ;
- la dénonciation de l'accord départemental du Gers du 28 octobre 2014 décidée par les partenaires sociaux.

ARTICLE 1-3 Modularité du contrat

—

Le contrat se compose d'une garantie obligatoire à laquelle peuvent s'adosser des garanties optionnelles et / ou une extension famille facultative au choix du salarié :

- **Garantie obligatoire** : elle correspond à la garantie obligatoire définie par l'accord départemental du Gers du 28 octobre 2014. Elle **est obligatoire** pour l'ensemble des salariés non cadres justifiant d'au moins quatre mois d'ancienneté dans l'entreprise. La condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié atteint cette ancienneté.

- **Garanties optionnelles facultatives** : cette option contribue à améliorer la garantie obligatoire des salariés 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 l'identique, au bénéfice de ses ayants droit, tels que définis au point 2 de l'article 2-1. Elle est à affiliation facultative pour chaque salarié.

ARTICLE 1-4 Affiliation et prise d'effet

1-4-1 GARANTIE OBLIGATOIRE

1. Principe : affiliation obligatoire

Vous devez être obligatoirement affilié au contrat collectif correspondant au régime complémentaire frais de santé révisé par les partenaires sociaux de l'accord départemental du Gers du 28 octobre 2014, **dès lors que vous êtes salariés non cadres ne relevant pas de l'AGIRC et que vous totalisez au moins quatre mois d'ancienneté dans une entreprise relevant du champ d'application de l'accord précité.**

Votre affiliation à ce contrat collectif prend effet :

- à la date d'effet de l'adhésion de votre entreprise au présent contrat, et au plus tôt le 1^{er} janvier 2015, si vous êtes, à cette même date, salarié non cadre justifiant de l'ancienneté requise au titre de votre contrat de travail en cours ;
- 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.**

CAS PARTICULIER D'AFFILIATION :

Dans le cas où vous seriez employé par plusieurs employeurs relevant du champ d'application de l'accord précité, vous et un seul de vos employeurs cotisent à la garantie. Il s'agit du premier employeur auprès duquel vous avez acquis la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre vos employeurs et vous-même.

2. 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 :

- si vous êtes salarié à temps partiel et n'ayant qu'un seul employeur, ou apprenti, dès lors que la cotisation à votre charge est égale ou supérieure à 10 % de votre rémunération brute. En cas d'augmentation de votre rémunération, si la cotisation salariale représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, vous devrez alors obligatoirement être affilié au régime mis en place par l'accord ;
- si vous bénéficiez de la CMU-Complémentaire ou de l'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS). Cette dispense est valable pendant toute la durée de votre prise en charge au titre de la CMUC ou de l'ACS. Dès lors que vous perdez le bénéfice de la CMUC ou de l'ACS, vous devez être affilié à la garantie Frais de santé ;
- si vous bénéficiez d'une couverture collective obligatoire pour les mêmes risques, 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 d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur **demande écrite de votre part, adressée à votre employeur avant la fin du premier mois qui suit celui au titre duquel vous avez acquis l'ancienneté de quatre 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 OPTIONNELLES FACULTATIVES

Vous avez la possibilité d'améliorer votre garantie de base obligatoire avec les Garanties optionnelles facultatives décrites à l'article 1-3 :

- au moment de votre affiliation au présent contrat, vous serez 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, vous serez alors couvert le 1^{er} 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.

1-4-3 EXTENSION FAMILLE FACULTATIVE

Vous avez la possibilité d'étendre les garanties de votre assurance complémentaire frais de santé obligatoire au profit de vos ayants droit dans le cadre d'une extension famille décrite à l'article 1-3.

Si vous avez choisi cette extension « famille », la couverture santé prend effet pour vos ayants droit en fonction du moment de votre demande :

- au moment de votre affiliation au présent contrat. 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'événement 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 de la présente notice. Vos ayants droit sont alors admis dans l'assurance à compter du jour de l'événement ;

→ annuellement, au plus tard le 30 novembre de chaque année. Vos ayants droit sont alors admis dans l'assurance à compter du 1^{er} 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 GARANTIE DE BASE OBLIGATOIRE

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 au déléguétaire de l'Institution. Les cotisations relatives aux garanties sont dues dès le premier jour de votre affiliation.

Votre cotisation assurance complémentaire frais de santé obligatoire ainsi que sa répartition sont

fixées par l'accord départemental du 28 octobre 2014.

Votre employeur doit prendre à sa charge une part minimum de cotisation prévue dans ledit accord.

Si vous êtes salarié travaillant à temps partiel sur plusieurs entreprises relevant de l'accord départemental du Gers du 28 octobre 2014, la cotisation santé vous sera appelée auprès d'un seul employeur, déterminé selon les critères suivants :

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

1-5-2 GARANTIES OPTIONNELLES FACULTATIVES

Vous avez la possibilité d'améliorer votre garantie de base obligatoire avec les Garanties optionnelles facultatives.

Le financement de cette option est assuré en totalité par vous-même.

Le montant de la cotisation est précisé dans l'accord départemental du 28 octobre 2014.

1-5-3 EXTENSION FAMILLE FACULTATIVE

Vous avez la possibilité d'étendre l'ensemble de vos garanties frais de santé au profit de vos ayants droit, définis au point 2 de l'article 2-2 de la présente notice.

Le financement de cette extension famille est assuré en totalité par vous-même.

Le montant de la cotisation est précisé dans l'accord départemental du 28 octobre 2014.

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 d'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.

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 ignorée 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 incomptente 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 périr 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.

→ soit par courrier à AGRI PRÉVOYANCE - Service Réclamations, 21 rue de la Bienfaisance, 75382 Paris cedex 08 ;
→ soit par courriel sur le site Internet du GROUPE AGRICA en cliquant sur la rubrique « Réclamations ».

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

—
Dès lors, AGRI PRÉVOYANCE vous adresse un accusé de réception dans les 10 jours suivants la réception de votre demande et traite votre demande dans un délai maximal de 2 mois. Par suite, vous pouvez présenter un recours auprès du Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP) dont le siège se situe 10 rue Cambacérès, 75008 Paris.

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@groupagrica.com ».

ARTICLE 1-9 Réclamations – Médiation

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

Titre 2 —

Votre garantie frais de santé

ARTICLE 2-1 Bénéficiaires

—

L'assurance complémentaire frais de santé mise en place par les partenaires sociaux de l'accord départemental des exploitations agricoles, des entreprises de travaux ruraux et les coopératives d'utilisation de matériel agricole du Gers du 28 octobre 2014, s'applique à :

1. Vous-même en tant que salarié, de façon obligatoire, sous réserve que vous ayez acquis **quatre mois** d'ancienneté dans une entreprise relevant du champ d'application dudit accord.

2. Vos ayants droit, de façon facultative, **si vous avez 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).

➔ **Vos 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 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 ;
- 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 2-2 Entrée en vigueur de la garantie

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

ARTICLE 2-3 Montant de la garantie

Les montants des remboursements garantis par le contrat **correspondent à ceux prévus par l'accord départemental du 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 aux tableaux 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 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 aux tableaux des garanties figurant en Annexes.

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

La garantie s'exerce en France et à l'étranger quel que soit le pays dans lequel les dépenses de santé ont été engagées, dans la mesure où elles font l'objet d'un remboursement de la part de la MSA au titre des Assurances Sociales.

ARTICLE 2-6 Règlement des prestations et contrôle

2-6-1 RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Vos prestations sont réglées **directement par votre caisse de Mutualité Sociale Agricole**, seul interlocuteur pour le remboursement de la part obligatoire et de la part complémentaire de vos frais de santé.

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

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

Pour les frais de prothèses dentaires et d'optique vous devez adresser une facture détaillée à votre caisse de 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

Votre garantie cesse de plein droit :

- ➔ le dernier jour du mois au cours duquel vous cessez d'appartenir aux bénéficiaires visés à l'article 2-1 de la présente notice d'information ;
- ➔ le dernier jour du mois au cours duquel intervient la rupture de votre contrat de travail, si vous quittez votre entreprise avant l'âge d'admission à la retraite quel qu'en soit le motif. A cette date, si vous êtes licencié ou invalide, vous pourrez, sur demande expresse, contracter aux conditions de

souscription et aux tarifs en vigueur, un contrat proposé à titre individuel dans les conditions définies à l'article 2-10 de la présente notice d'information ;

- ➔ le dernier jour du mois au cours duquel intervient votre cessation totale d'activité liée à la liquidation de votre pension vieillesse de la Mutualité Sociale Agricole. A cette date, sur demande, vous pourrez contracter un contrat proposé à titre individuel, dans les conditions définies à l'article 2-11 de la présente notice d'information ;
- ➔ le dernier jour du mois au cours duquel vous cessez de percevoir une rémunération, sous réserve des dispositions spécifiques prévues à l'article 2-9 ci-après.
- ➔ à la fin du mois au cours duquel intervient votre décès.

2-7-2 POUR VOS AYANTS DROIT

Outre les cas de résiliation prévus à article 2-13 de la présente notice d'information, les garanties cessent à l'égard de vos ayants droit dans les conditions suivantes :

- ➔ dès la date de rupture de votre contrat de travail pour quelle que cause que ce soit,
- ➔ dès qu'ils perdent la qualité d'ayant droit, tel que défini à l'article 2-1 de la présente notice d'information ;
- ➔ à la fin du mois au cours duquel intervient votre décès, sans préjudice des dispositions prévues à l'article 2-11, 2^e).

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

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

ARTICLE 2-8

Dispositions applicables aux salariés n'ayant pas l'ancienneté requise

Si vous êtes salarié nouvellement embauché dans l'entreprise, et que vous ne répondez pas à la condition d'ancienneté de quatre mois, vous pouvez demander à AGRI PRÉVOYANCE à bénéficier des garanties santé prévues par l'accord du Gers du 28 octobre 2014.

Dans ce cas, vous devez faire votre demande à AGRI PRÉVOYANCE dans un délai de quatre semaines à compter de votre date d'entrée dans l'entreprise. AGRI PRÉVOYANCE vous transmet le bulletin d'adhésion dans lequel vous pouvez choisir de couvrir votre famille avec l'extension famille et/ou d'améliorer votre garantie de base avec les garanties optionnelles facultatives. Les cotisations, entièrement à votre charge, sont précisées dans l'accord départemental du 28 octobre 2014.

Dès que l'ancienneté est acquise (au premier jour du mois au cours duquel le salarié acquiert quatre mois d'ancienneté continués dans l'entreprise), vous êtes couvert au titre de la garantie de base obligatoire uniquement, prévue dans le cadre du contrat collectif et obligatoire de votre entreprise.

Si vous souhaitez couvrir votre famille avec l'extension famille et/ou améliorer votre

garantie de base avec les garanties optionnelles facultatives, vous devez alors demander à AGRI PRÉVOYANCE le bulletin d'affiliation correspondant.

ARTICLE 2-9 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

1. Suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à trois mois civils pour une autre cause que l'arrêt de travail, sans versement de salaire par l'entreprise adhérente ni versement d'indemnités journalières

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, vous bénéficiez des garanties complémentaires frais de santé de base pendant les trois premiers mois de la suspension et ce sans versement de cotisation. Après cette période, vous pouvez, pendant la période de suspension restant à courir, sous réserve de vous acquitter de la totalité de la cotisation (part patronale et part salariale), demander à AGRI PRÉVOYANCE la poursuite du maintien de vos 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.

L'employeur doit informer l'organisme assureur compétent de la suspension du contrat et de la durée de la suspension au début de celle-ci.

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 vous est maintenu si votre contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle vous bénéficiiez :

- 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 2-10 Maintien des garanties frais de santé au titre de la portabilité

En cas de cessation de votre contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, vous bénéficiez, en tant qu'ancien salarié, du maintien de la garantie frais de santé prévue par le présent contrat en application de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale et ce, pour

toute notification de rupture intervenue à compter du 1^{er} juin 2014.

Le bénéfice du maintien de la garantie frais de santé vous 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

Vous continuez à bénéficier de la garantie frais de santé, qui vous couvrira en tant que salarié de l'entreprise adhérente, si votre contrat de travail a été rompu et que vous remplissez 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 votre contrat de travail.

B. OUVERTURE ET DURÉE DES DROITS À PORTABILITÉ

Vous avez acquis, en tant qu'ancien salarié, la possibilité de vous 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 votre contrat de travail.

La durée du maintien de la garantie frais de santé est égale à la durée de votre dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de vos derniers contrats de travail 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

Votre entreprise doit informer l'Institution de la cessation de votre contrat de travail, si vous susceptible d'ouvrir droit à la portabilité de la garantie frais de santé, dans les 10 jours suivant la date de cessation de votre contrat de travail, ainsi que la durée maximale de ce maintien.

D. OBLIGATIONS DE L'ANCIEN SALARIÉ

Vous devrez justifier auprès d'AGRI PRÉVOYANCE à l'ouverture ainsi qu'au cours de la période de portabilité que vous remplissez les conditions requises.

A ce titre, vous devrez fournir une copie de votre certificat de travail et de l'attestation de prise en charge par l'assurance chômage.

Chaque mois, vous devrez adresser une copie des attestations de paiement de Pôle emploi. Vous devrez 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, en tant que bénéficiaire de la portabilité, sont identiques à celles définies par le présent contrat pour vous en tant que salarié.

Toute modification de ces prestations intervenant au cours de la période de portabilité vous sera également applicable.

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

votre contrat de travail et, en tout état de cause :

- ➔ à la fin de la durée de maintien à laquelle vous avez droit si elle est inférieure à 12 mois ;
- ➔ à la date de votre reprise d'une activité professionnelle ;
- ➔ à la date de cessation du versement de vos allocations chômage ;
- ➔ à la date de liquidation de votre 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 vous prendre en charge en tant bénéficiaire de la portabilité à compter de la date d'effet du nouveau contrat collectif.

ARTICLE 2-11 Maintien des garanties frais de santé sous forme de contrat individuel

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

En application de **la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin »**, et selon les termes de l'accord départemental du 28 octobre 2014, si votre contrat de travail est rompu et que vous répondez à l'une des conditions visées ci-dessous, vous pourrez demander le maintien de vos garanties collectives dans le cadre d'une adhésion à un **contrat individuel**, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire, à savoir :

- ➔ être bénéficiaire d'une pension de retraite ;

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

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

Pour être recevable, votre 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 que vous ayez payé des cotisations depuis cette date.

En application du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les tarifs qui vous sont applicables en tant qu'ancien salarié 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 »**, si vous

décédez et que vous étiez assuré au contrat, l'Institution proposera à vos ayants droit, 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.

Vos 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 les ayants droit des cotisations depuis cette date. En application du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les tarifs applicables aux ayants droit ne pourront être supérieurs à plus de 50 % du tarif en vigueur pour les ayants droit inscrits au contrat collectif.

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

ARTICLE 2-12 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

vos informations personnelles et votre choix de souscription pour la couverture santé.

—

Votre affiliation à l'assurance complémentaire frais de santé et celle de vos ayants droit, si vous avez choisi l'extension familiale, est effectuée par les services de la Mutualité Sociale Agricole dès que vous remplissez les conditions d'affiliation.

—

Pour vos ayants droit, les pièces à fournir sont les suivantes :

- une copie du livret de famille ;
- le certificat de scolarité ou d'apprentissage des enfants à charge ;
- l'attestation d'invalidité enfant à charge, le cas échéant ;
- l'attestation de droits correspondant à la carte Vitale pour votre conjoint et vos enfants à charge, s'ils ne figurent pas sur votre attestation.

—

En cas d'évolution ou de modification de votre situation familiale (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.

ARTICLE 2-13 Modalités de résiliation

1. ANNUELLEMENT

Vous aviez choisi de bénéficier des Garanties optionnelles facultatives et/ou de l'extension famille et vous souhaitez mettre fin à l'une et/ou l'autre de ces extensions.

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

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

2. EN COURS D'ANNÉE

Vous aviez choisi les Garanties optionnelles facultatives et/ou l'extension famille et vous souhaitez mettre fin à l'une et/ou l'autre de ces extensions dans l'année en cours.

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

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

Après toute dénonciation, une nouvelle demande d'affiliation à l'option facultative 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 — Services de tiers payant

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

PHARMACIE

→ Un service de TIERS PAYANT PHARMACIE a pour objet de vous permettre de bénéficier de la dispense d'avance des frais pharmaceutiques pris en charge par la Mutualité Sociale Agricole et garantis au titre du contrat. Par ce système, le pharmacien peut délivrer, sans avance de fonds, les médicaments prescrits par un médecin sur ordonnance. Les frais pharmaceutiques correspondants sont réglés directement au pharmacien pour les parts obligatoire et complémentaire par votre caisse de la Mutualité Sociale Agricole. Entrent dans le cadre de la dispense d'avance, tous les produits pharmaceutiques, médicalement prescrits, dont la prise en charge par la Mutualité Sociale Agricole – au moins pour la part lui incomtant – 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 d'assurance complémentaire frais de santé, suite à la dénonciation de l'accord départemental du 28 octobre 2014 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 relativ 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.groupagrifica.com

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.

Sont considérés comme enfants à charge :

- ➔ tous les enfants âgés de moins de 18 ans, quelle que soit leur situation ;
- ➔ tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils sont étudiants, apprentis ou demandeurs d'emploi inscrits au Pôle Emploi et non indemnisés à ce titre ;
- ➔ tous les enfants invalides au sens de la législation sociale si l'état d'invalidité a été constaté avant leur 21^{ème} anniversaire.

CHANGEMENT DE SITUATION FAMILIALE

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

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

➔ naissance ou adoption d'un enfant ;
➔ perte de la qualité d'enfant à charge ;
➔ décès d'un enfant à charge ou du conjoint.
En cas d'adoption, de séparation de corps ou de divorce, la date de l'événement à prendre en compte est celle du prononcé du jugement.
En cas de conclusion ou de dissolution d'un PACS, la date de l'événement à prendre en compte est celle de l'inscription sur le registre établi à cet effet au tribunal d'instance du lieu de résidence commune.

ARTICLE 2 Définitions des termes propres au contrat

— ACCIDENT

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

— AN (PAR AN)

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

— AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

— BASE DE REMBOURSEMENT (BR)

Tarif servant de référence au Régime obligatoire

de protection sociale pour déterminer le montant de son remboursement. On distingue :

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

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

— CONTRAT « RESPONSABLE »

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

CONTRAT « SOLIDAIRE »

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

— 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 qui l'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 L322-2 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 — Contacts

**Pour tout renseignement et/ou demande
d'adhésion facultative :**

—
GROUPE AGRICA - Centre de clientèle

Immeuble « Le Caffarelli »
10 place Alphonse Jourdain - BP 48 504
31685 TOULOUSE Cedex 6
Tél.: 01 71 21 19 00

**Pour tout renseignement concernant les
prestations santé :**

—
MSA Midi-Pyrénées Sud

61 allée de Brienne
31064 TOULOUSE cedex 9
Tél : 05 61 10 40 40

Annexe 3 —

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	Remboursement Complémentaire	Remboursement total
	En % de la base de remboursement du régime de base	En % de la base de remboursement du régime de base	Régime de base + Régime Complémentaire
			En % de la base de remboursement du régime de base
HOSPITALISATION ET PSYCHIATRIE (secteur conventionné 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 conventionné 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 4 —

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 MEDICAUX				
■ 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 conventionné 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 conventionné 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.

—

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

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

—

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

