



REGIME FRAIS DE SANTE

Accord du 16 juin 2008 des entreprises et exploitations
de Polyculture, d'Élevage, d'Aviculture,
des Coopératives d'Utilisation de Matériel Agricole
et des entreprises de Travaux Agricoles, Ruraux et Forestiers
de la région Ile-de-France

Notice d'Information

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
PREAMBULE	3
TITRE 1 – DISPOSITIONS GENERALES DU CONTRAT	4
ARTICLE 1-1 : OBJET DU CONTRAT	4
ARTICLE 1-2 : DUREE DU CONTRAT.....	4
ARTICLE 1-3 : ORGANISMES ASSUREURS	4
ARTICLE 1-4 : DELEGATION DE GESTION.....	4
ARTICLE 1-5 : RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE.....	4
ARTICLE 1-6 : REPETITION DE L'INDU	5
ARTICLE 1-7 : PRESCRIPTION.....	5
ARTICLE 1-8 : FAUSSE DECLARATION.....	5
ARTICLE 1-9 : INFORMATIQUE ET LIBERTES.....	6
ARTICLE 1-10 : RECLAMATIONS - MEDIATION	6
ARTICLE 1-11 : VOS OBLIGATIONS	6
TITRE 2 – COTISATIONS	7
ARTICLE 2-1 : STRUCTURE TARIFAIRE	7
ARTICLE 2-2 : MONTANT DES COTISATIONS	7
ARTICLE 2-3 : DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	7
TITRE 3 – GARANTIES	8
ARTICLE 3-1 : BENEFICIAIRES	8
ARTICLE 3-2 : AFFILIATION OBLIGATOIRE ET PRISE D'EFFET	9
ARTICLE 3-3 : ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES	10
ARTICLE 3-4 : MONTANT DES GARANTIES.....	11
ARTICLE 3-5 : LIMITES ET EXCLUSIONS DES GARANTIES	11
ARTICLE 3-6 : REGLEMENT DES PRESTATIONS ET CONTROLE	11
ARTICLE 3-7 : ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES.....	12
ARTICLE 3-8 : DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL.....	13
ARTICLE 3-9 : CESSATION DE L’AFFILIATION	13
ARTICLE 3-10 : CESSATION DES GARANTIES	14
ARTICLE 3-11 : PORTABILITE DES DROITS.....	14
ARTICLE 3-12 : MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL.....	15
TITRE 4 – SERVICES DE TIERS PAYANT	16
ANNEXE 1 – DEFINITIONS	18
ANNEXE 2 TABLEAU DES GARANTIES	22

PREAMBULE

Par accord collectif du 16 juin 2008, les partenaires sociaux de la région Ile-de-France (départements 75, 77, 78, 91, 92, 93, 94, 95) ont souhaité permettre à tous les salariés non cadres des entreprises agricoles relevant des activités agricoles définies ci-après :

- les entreprises et les exploitations de polyculture, d'élevage, d'aviculture,
- les coopératives d'utilisation de matériel agricole du département de la Seine-et-Marne,
- les entreprises de travaux agricoles, ruraux et forestiers,

de bénéficier d'un régime complémentaire frais de santé.

Cet accord entré en vigueur au 1^{er} janvier 2009, a été modifié par plusieurs avenants dont le dernier, l'avenant n°8 du 24 juin 2016, est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2017.

Vous bénéficiez auprès d'AGRI PREVOYANCE d'un contrat collectif obligatoire souscrit par votre employeur vous garantissant une protection sociale complémentaire frais de santé conforme à cet accord.

La présente Notice d'information, remis par votre employeur, constitue un descriptif des garanties dont vous bénéficiez à compter du **1^{er} janvier 2017** au titre de ce contrat et de leurs modalités d'application.

La présente Notice d'Information se compose des titres et des annexes suivants :

- le Titre 1 vous présente les dispositions générales du contrat frais de santé ;
- le Titre 2 vous présente les cotisations ;
- le Titre 3 vous présente vos garanties ;
- le Titre 4 vous présente les services de tiers payant ;

- l'Annexe 1 comprend les définitions relatives à vos garanties ;
- l'Annexe 2 comporte le tableau des garanties.

TITRE 1 – DISPOSITIONS GENERALES DU CONTRAT

Article 1-1 : Objet du contrat

Le contrat souscrit par votre employeur a pour objet de permettre à **l'ensemble des salariés** appartenant au groupe assuré de bénéficier du remboursement total ou partiel de leurs dépenses de santé, en complétant acte par acte les prestations versées par le régime de base obligatoire, **dans la limite des frais réellement engagés.**

Article 1-2 : Durée du contrat

Le contrat souscrit par votre employeur expire le 31 décembre de son année de souscription et se renouvelle ensuite, le 1^{er} janvier de chaque année, par tacite reconduction.

Article 1-3 : Organismes assureurs

Les garanties du contrat sont assurées par :

AGRI PREVOYANCE, Institution de prévoyance, régie par les dispositions de l'article L.727-2 du Code rural et de la pêche maritime et du livre IX du Code de la Sécurité sociale, (21, rue de la Bienfaisance - 75382 PARIS cedex 08), ci-après dénommée « l'Institution ».

AGRI PREVOYANCE est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe 61 rue Taitbout, 75009 PARIS.

Article 1-4 : Délégation de gestion

La gestion administrative des adhésions, des affiliations et du recouvrement des cotisations de la garantie obligatoire et des garanties facultatives (niveaux optionnels et/ou extension famille) ainsi que la gestion du paiement de toutes les prestations afférentes au présent contrat pour les entreprises de la métropole sont déléguées à la caisse de Mutualité Sociale Agricole (MSA) dont vous relevez.

Article 1-5 : 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.

Les organismes assureurs qui ont versé des prestations à un salarié disposent d'un recours contre l'auteur responsable de cet accident ou de son assureur afin d'obtenir le remboursement de ces prestations.

Vous devez alors déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident le nom d'AGRI PREVOYANCE en tant que tiers payeur des prestations.

Vous devez également informer votre médecin et les autres professionnels de santé que vous consultez à la suite d'un accident causé par un tiers. Ils préciseront « accident causé par un tiers » sur les feuilles de soins papier ou électroniques et indiqueront la date de l'accident.

Article 1-6 : Répétition de l'indû

Conformément aux articles 1235 et 1376 du Code civil, toute prestation indûment versée fera l'objet d'une demande de restitution par l'Institution.

Article 1-7 : Prescription

Conformément à l'article L.932-13 du Code de la Sécurité sociale, toute action relative aux garanties du présent contrat est prescrite, à compter de l'événement qui y donne naissance, par 2 ans en ce qui concerne l'appel de cotisations et les prestations afférentes au contrat.

Toutefois ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où AGRI PREVOYANCE 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 AGRI PREVOYANCE 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 AGRI PREVOYANCE à l'entreprise adhérente en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant à AGRI PREVOYANCE en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Article 1-8 : Fausse déclaration

Les déclarations faites tant par votre employeur que par vous-même servent de base à la garantie.

AGRI PREVOYANCE peut opérer une vérification des données ainsi communiquées.

Toute déclaration intentionnellement fautive ou incomplète, toute réticence, omission ou inexactitude dans la déclaration du risque entraîne l'application des sanctions prévues par le Code de la Sécurité sociale, c'est-à-dire, suivant le cas, la nullité de l'assurance ou la réduction des prestations.

Les cotisations payées demeurent acquises à AGRI PREVOYANCE.

Article 1-9 : Informatique et libertés

Les informations vous concernant vous et vos ayants droit sont recueillies et destinées aux services de l'Institution, à ses mandataires dont la MSA, au(x) intermédiaire(s), réassureur(s), coassureur(s) ainsi qu'aux organismes professionnels intervenant au contrat.

En application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez exercer, en justifiant de votre identité, votre droit d'accès et de rectification aux données vous concernant en adressant un courrier à AGRI PREVOYANCE – Correspondant Informatiques et Libertés, 21 rue de la Bienfaisance, 75382 Paris cedex 08 ou par courriel à l'adresse suivante «cnil.blf@groupagric.com».

Article 1-10 : Réclamations - Médiation

En cas de désaccord persistant concernant l'application du contrat, en dehors de toute demande d'information ou d'avis, vous pouvez adresser une réclamation :

- soit par courrier à AGRI PREVOYANCE - Service Réclamations, 21 rue de la Bienfaisance, 75382 Paris cedex 08 ;
- soit par courriel sur le site Internet du Groupe AGRICA (www.groupagric.com) en cliquant sur la rubrique « Une question, contactez-nous » puis, en précisant le sujet de votre demande « Faire une réclamation ».

Afin que votre demande soit traitée dans les plus brefs délais, vous devez préciser votre code client et le domaine concerné (santé).

Dès lors, AGRI PREVOYANCE 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) :

- soit en adressant un courrier au siège du CTIP situé 10 rue Cambacérès, 75008 Paris ;
- soit par voie électronique sur le site internet du CTIP, www.ctip.asso.fr, en cliquant sur la rubrique « Médiation », puis en complétant le formulaire de saisine en ligne.

Article 1-11 : Vos obligations

Vous vous obligez :

- à accepter le précompte des cotisations et le cas échéant le règlement de l'extension famille et/ou des garanties optionnelles ;
- à fournir à AGRI PREVOYANCE et à votre caisse de MSA les renseignements nécessaires à l'établissement de vos droits et obligations, soit par l'intermédiaire de votre employeur, soit directement en cas de maintien des garanties sous forme de contrat individuel dans les conditions prévues à l'article 3-13 ;
- à transmettre à votre caisse de MSA le bulletin d'affiliation dûment complété et signé, accompagné des pièces justificatives.

TITRE 2 – COTISATIONS

Article 2-1 : Structure tarifaire

Les garanties du présent contrat vous sont accordées, ainsi qu'à vos ayants droit, moyennant le paiement d'une cotisation selon la structure tarifaire « **isolé/famille obligatoire** », soit une cotisation unique obligatoire dont le montant varie selon que vous soyez seul ou que vous ayez au moins un ayant droit

Article 2-2 : Montant des cotisations

Les garanties du présent contrat vous sont accordées et ainsi qu'à vos ayants droit le cas échéant, en fonction de votre situation familiale :

- soit vous êtes seul (sans conjoint ni enfant à charge) auquel cas la cotisation « **isolé** » s'applique obligatoirement. Le montant de la cotisation « **isolé** » est fixé à **35 € par mois** ;
- soit vous avez une famille (conjoint et/ou enfant à charge) auquel cas la cotisation « **Famille** » s'applique obligatoirement. Le montant de la cotisation « **Famille** » est fixé à **74 € par mois**.

La cotisation « Famille » vous inclue ainsi que tous les membres de votre famille (conjoint et/ou enfant(s) à charge).

Les cotisations sont appelées à compter du 1^{er} jour du mois de l'entrée en vigueur de la garantie frais de santé.

Le financement du régime frais de santé est assuré conjointement par vous-même et votre employeur.

Votre part de cotisation est directement précomptée sur votre fiche de paye par votre employeur.

Votre employeur à la responsabilité du versement total des cotisations.

L'engagement de l'Institution est acquis pour autant que ce cadre perdure. Toute évolution ou instauration d'un nouveau cadre législatif de nature à affecter les comptes du régime, par exemple les taxes, contributions ou transferts de charges de toute nature, fera l'objet d'une répercussion sur le montant des cotisations.

Article 2-3 : Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement des cotisations dans le délai imparti par votre employeur, conformément à l'article L.932-9 du Code de la Sécurité sociale, 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 demeurerait infructueuse, une procédure contentieuse sera diligentée.

À défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance et indépendamment du droit pour AGRI PREVOYANCE d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de l'entreprise adhérente et de poursuivre en justice l'exécution du contrat, la garantie peut être suspendue par AGRI PREVOYANCE 30 jours après la mise en demeure de l'entreprise adhérente.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'entreprise adhérente, la caisse de MSA informe celle-ci des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

AGRI PREVOYANCE le droit de résilier le contrat 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours précité.

Le contrat non résilié reprend effet à midi, le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

TITRE 3 – GARANTIES

Article 3-1 : Bénéficiaires

Les bénéficiaires de la présente garantie sont les suivants :

1. Vous-même en tant que salarié ;

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

- **Votre conjoint** non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée, exerçant ou non une activité professionnelle.

Sont assimilés au conjoint :

- **votre cocontractant d'un PACS** : est assimilé au conjoint, la personne avec laquelle vous avez conclu un Pacte Civil de Solidarité, conformément aux dispositions de l'article 515-1 et suivant du Code Civil.
- **votre concubin**, c'est-à-dire la personne avec laquelle vous vivez en concubinage, selon les dispositions de l'article 515-8 du Code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations, sous réserve que vous soyez l'un et l'autre libres au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de PACS. Toutefois, la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'au moins un enfant est né ou à naître de l'union ou a été adopté.

La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus.

➤ **Les enfants à votre charge, celle de votre conjoint, de votre partenaire pacsé ou de votre concubin :**

- âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du participant, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
- âgés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime Sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Couverture Maladie Universelle (C.M.U.) ;
- âgés de moins de 26 ans se trouvant sous contrat d'alternance ou aidés aux conditions prévues par le Code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne

bénéficiaire d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;

- quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'Allocation pour adulte handicapé – AAH- (article L.821-1 du Code de la Sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge.

- vos enfants nés « viables » moins de 300 jours après votre décès ;
- **les ascendants à charge** : il s'agit de vos ascendants, à condition qu'ils soient à votre charge au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à AGRI Prévoyance.

Article 3-2 : Affiliation obligatoire et prise d'effet

3-2-1 - Principe : affiliation obligatoire

Sous réserve de remplir les conditions prévues à l'article 3-1, vous devez être obligatoirement affilié au contrat collectif souscrit par votre entreprise

Votre affiliation et votre admission à ce contrat collectif prend effet :

- à la date de prise d'effet de l'adhésion de votre entreprise au contrat, lorsque vous êtes inscrit sur les registres du personnel et que vous faites partie du groupe assuré ;
- au 1^{er} jour du mois suivant celui de votre embauche en tant que salarié non cadre, lorsque vous êtes engagé postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion de votre entreprise au contrat.

3-2-2 – Dérogation : cas de dispense d'affiliation

Par dérogation au principe d'affiliation obligatoire, vous pouvez choisir de ne pas être affilié à la garantie frais de santé si vous vous trouvez dans l'une des situations suivantes :

- si vous êtes salarié ou apprenti bénéficiant d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle pour le même type de garanties ;
- si vous êtes salarié bénéficiant d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même si vous ne bénéficiez pas par ailleurs d'une couverture ;
- si vous êtes salarié à temps partiel ou apprenti et que votre adhésion au système de garantie vous conduirait à vous acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de votre rémunération brute à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle pour le même type de garanties ; si vous bénéficiez de l'ACS ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle vous cessez de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- si vous êtes couvert par une assurance individuelle au moment de la mise en place du dispositif ou de son embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à l'échéance de votre contrat individuel ;

- si vous bénéficiez, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à un de ceux visés ci-après, à condition de le justifier chaque année :
- dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif obligatoire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de de la couverture dont bénéficie son conjoint dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire),
 - régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG),
 - régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de fonction publique d'Etat, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels,
 - régime complémentaire frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents,
 - contrat d'assurance de groupe dits « Madelin »,
 - Régime spécial de Sécurité sociale des gens de mer (ENIM),
 - Caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF). Si vous êtes membre d'un couple travaillant dans la même entreprise, l'un de vous deux pouvant être assuré en qualité d'ayant droit.

Si vous êtes salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, vous et un seul de vos employeurs (celui auprès duquel où vous avez bénéficié en premier du régime frais de santé, sauf accord entre vous et vos employeurs) cotisez auprès de la MSA.

Votre employeur doit préalablement vous informer des conséquences de votre choix, à savoir que vous ne serez pas redevable de la cotisation pendant la période de dispense et que vous ne bénéficierez pas des prestations.

Dans tous les cas, votre demande de dispense d'affiliation écrite, accompagnée des justificatifs attestant de votre situation, doit être adressée à votre employeur dans le mois qui suit votre entrée dans le groupe assuré. Les justificatifs devront être fournis chaque année à votre employeur. En cas de non renouvellement de votre demande de dispense et des justificatifs, vous serez obligatoirement affilié au régime frais de santé au 1er jour du mois civil suivant.

En tout état de cause, tout changement dans votre situation remettant en cause votre dispense d'affiliation doit être déclaré à votre employeur de manière à ce que vous soyez obligatoirement affilié à la garantie frais de santé.

Article 3-3 : Entrée en vigueur des garanties

Les garanties entrent en vigueur immédiatement, dès la prise d'effet de votre affiliation et le cas échéant celles de vos ayants droit, conformément aux dispositions des articles 2-1 et 3-2-1 de la présente notice.

Votre affiliation ainsi que celle de vos ayants droit s'effectue sans questionnaire et sans examen médical préalable.

Article 3-4 : Montant des garanties

Le contrat frais de santé 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.

En cas de modifications législatives et/ou réglementaires, les remboursements seront révisés dans les conditions et délais fixés par les textes.

Les remboursements garantis par le contrat s'effectuent, poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la Classification Commune des Actes Médicaux, en complément des prestations servies par le régime de base de la Sécurité sociale et **dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues au tableau des garanties figurant à l'annexe 2 à la présente notice.**

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale ou en euros.

Les forfaits exprimés en euros et par an, s'entendent par bénéficiaire et par année civile, c'est-à-dire du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Les prestations optiques «équipement, verres et monture» sont limitées à un équipement (2 verres et une monture) toutes les 2 années décomptées à partir de la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai est réduit à un an en cas d'évolution de la vue ou pour les enfants âgés de moins de 18 ans.

Article 3-5 : Limites et exclusions des garanties

De manière générale, ne sont pas pris en charge :

- **les frais engagés au titre d'actes exécutés avant la prise d'effet ou après la cessation des garanties ;**
- **les frais de santé résultant d'actes qui, bien qu'inscrits à la nomenclature des actes professionnels, ne sont pas pris en charge par le régime de base, sauf exceptions prévues aux tableaux des garanties figurant à l'annexe 2 à la présente notice ;**
- **les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale.**

Article 3-6 : Règlement des prestations et contrôle

3-6-1 - Règlement des prestations

Vos prestations sont réglées **directement par votre Caisse de Mutualité Sociale Agricole (MSA)**, seul interlocuteur pour le remboursement 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 permet le paiement des prestations de base et des prestations complémentaires.

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, vos enfants et ascendants à charge qui 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 PREVOYANCE.

2- pour votre conjoint/concubin, vos enfants et ascendants 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 la MSA et autres régimes de base obligatoires (CPAM, etc...) 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 au titre du régime de base de votre ayant droit à votre caisse de MSA en notant en plus votre numéro de Sécurité sociale ;
3. Le remboursement complémentaire vous sera alors versé.

3-6-2 - Contrôle

En cas de suspicion de fraude aux prestations, AGRI PREVOYANCE 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.

En cas de récupération de la part du régime de base, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, AGRI PREVOYANCE se réserve le droit de récupérer toutes prestations qui vous aurait été indûment réglées.

Article 3-7 : 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 base de Sécurité sociale français.

Par exception, les prestations visées au présent contrat, et pour lesquelles il n'y a pas de prise en charge au titre du régime de base de Sécurité sociale français, ne sont prises en charge qu'à condition d'avoir été effectuées en France.

Article 3-8 : Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à 1 mois civil d'arrêt complet, votre affiliation pourra être maintenue dans les cas suivants :

3-8-1- Suspension du contrat de de travail d'une durée supérieure à un mois civil pour cause de maladie ou accident (toutes origines)

L'affiliation au contrat est maintenue à compter du premier jour du mois qui suit l'arrêt total et continu de travail tant que dure l'arrêt de travail et sans contrepartie de cotisation.

3-8-2- Suspension du contrat de de travail d'une durée supérieure à un mois civil pour une autre cause que la maladie ou l'accident (toutes origines)

1- si la suspension donne lieu à versement de salaire par l'entreprise adhérente

Votre affiliation au présent contrat est maintenue à compter du premier jour du mois qui suit l'arrêt total et continu de travail. Ce maintien d'affiliation s'effectue, tant que dure le maintien de salaire total ou partiel, sur les mêmes bases que celles prévues pour les salariés exerçant leur activité professionnelle : les mêmes prestations et les mêmes cotisations sont appelées à l'employeur.

2- si la suspension ne donne pas lieu à versement de salaire par l'entreprise adhérente

Dans ce cas, vous pouvez, sous réserve de vous acquitter de la totalité de la cotisation finançant la garantie frais de santé et la garantie décès, demander à souscrire un contrat individuel pour le maintien des garanties frais de santé et décès aux mêmes conditions que celles applicables aux salariés présents dans l'entreprise.

Article 3-9 : Cessation de l'affiliation

3-9-1 – Pour vous-même

Votre affiliation au contrat cesse :

- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir au groupe assuré ;
- à la date de rupture de votre contrat de travail, étant précisé que si vous bénéficiez des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi/Retraite, il s'agit de la date de rupture de votre contrat de travail au titre votre activité cumulée avec votre retraite. A cette date, 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 3-13 de la présente notice ;

3-9-2 - Pour vos ayants droit

L'affiliation de vos ayants droit prend fin :

- dès que vous cessez d'être au service de votre entreprise, pour quelque cause que ce soit,
- dès qu'ils perdent la qualité d'ayant droit, tel que défini à l'article 3-1 de la présente notice.

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

Dans tous ces cas, **pensez à prévenir votre caisse de MSA, et retournez-lui la carte de tiers payant papier de votre garantie frais de santé.**

Article 3-10 : Cessation des garanties

Les garanties cessent à la fin du mois au cours duquel intervient :

- la cessation de votre affiliation et/ou celle de vos ayants droit dans les conditions prévues à l'article 3-9 de la présente notice d'information ;
- la résiliation du contrat d'assurance par l'entreprise adhérente ou par AGRI PREVOYANCE.

Article 3-11 : Portabilité des droits

En cas de cessation de votre contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, vous pouvez bénéficier du maintien des garanties frais de santé prévue au 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 de la date d'effet du contrat souscrit par votre employeur.

L'entreprise disposant préalablement à l'entrée en vigueur du présent contrat, d'une garantie frais de santé doit, dans un délai de trente jours suivant la souscription du contrat, informer votre caisse de MSA de l'existence des anciens salariés susceptibles d'ouvrir droit à la portabilité au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

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.

3-11-1 - Bénéficiaires

Vous pouvez continuer à bénéficier de la garantie frais de santé, qui vous couvrait en tant qu'actif, lorsque votre contrat de travail a été rompu et que vous remplissez les conditions suivantes :

- ouvrir droit à indemnisation 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.

Le bénéfice de cette couverture est étendu à vos ayants droits s'ils étaient déjà couverts avant la rupture de votre contrat de travail.

3-11-2 – Ouverture et durée des droits à portabilité

En tant qu'ancien salarié, vous avez acquis la possibilité de vous voir ouvrir, sous conditions, des droits à prestations 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 votre entreprise.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite maximale de 12 mois.

3-11-3 – Obligations de l'entreprise adhérente

Votre entreprise doit informer votre caisse de MSA de la cessation de votre contrat de travail et si vous êtes susceptible d'ouvrir droit à la portabilité de la garantie frais de santé.

3-11-4 – Obligations de l'ancien salarié

Vous devez justifier auprès de votre caisse de MSA à l'ouverture ainsi qu'au cours de la période de portabilité que vous remplissez les conditions requises.

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

Chaque mois, vous devez adresser une copie des attestations de paiement de Pôle emploi.

Vous devez informer votre caisse de MSA de la cessation du versement des allocations chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité.

3-11-5 - Prestations

Les prestations qui vous sont accordées au titre 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 votre période de portabilité vous est applicable.

3-11-6 – 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 à laquelle vous reprenez une activité professionnelle ;
- à la date de cessation du versement des allocations chômage ;
- à la fin du mois au cours duquel vous décédez ;
- en cas de résiliation du présent contrat par votre entreprise.

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 3-12 : Maintien des garanties sous forme de contrat individuel

3-12-1 – En cas de rupture du contrat de travail

En application de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite **loi « Evin »**, si votre contrat de travail est rompu, AGRI PREVOYANCE vous proposera, dans les 2 mois qui suivent la date de cessation de votre contrat de travail ou la fin de la période de maintien de vos garanties au titre de la portabilité des droits, le maintien de votre couverture correspondant au niveau des garanties et à la structure tarifaire choisis à titre obligatoire par votre entreprise dans le cadre d'une souscription à un **contrat individuel**, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire, sous réserve que vous répondiez à l'une des conditions suivantes :

- 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 votre régime de base obligatoire.

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à AGRI PREVOYANCE 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 vos soins des cotisations depuis cette date. A défaut, les garanties entrent en vigueur au lendemain de la demande d'adhésion.

Les tarifs applicables aux anciens salariés pourront être supérieurs aux tarifs globaux en vigueur pour les participants actifs dans les limites fixées par la réglementation.

3-11-2 – En cas de décès

En cas de décès, en application de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite **loi « Evin »**, AGRI PREVOYANCE proposera à vos ayants droit couverts avant votre décès, dans les 2 mois suivant la date de cessation des garanties, le maintien de leur couverture correspondant au niveau des garanties et à la structure tarifaire choisis à titre obligatoire par votre entreprise 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.

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à AGRI PREVOYANCE au plus tard six mois après la date de cessation de la garantie du contrat.

Les garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du présent contrat collectif, sous réserve du paiement des cotisations depuis cette date. A défaut, les garanties entrent en vigueur au lendemain de la demande d'adhésion.

Ces garanties sont maintenues pendant une durée minimale de douze mois à compter de votre décès.

Les tarifs applicables aux anciens salariés pourront être supérieurs aux tarifs globaux en vigueur pour les participants actifs dans les limites fixées par la réglementation.

TITRE 4 – SERVICES DE TIERS PAYANT

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

❶ PHARMACIE

- un service de TIERS PAYANT PHARMACIE qui 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 Mutualité Sociale Agricole.

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

Sont exclus du système Tiers payant, la franchise mentionnée au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale et les produits pharmaceutiques non remboursables par la Mutualité Sociale Agricole qui doivent être réglés intégralement au pharmacien.

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 de tiers payant (sous forme papier) délivrée par votre caisse.

La carte de tiers payant devra être restituée à l'Institution dans les circonstances suivantes :

- en cas de résiliation du contrat, suite à la dénonciation de l'Accord collectif ou suite au changement d'organisme assureur ;
- en cas d'utilisations abusives répétées du système ;
- si vous ne remplissez plus les conditions d'ouverture des droits requis au titre de la Mutualité Sociale Agricole obligatoire dont vous relevez ;
- et en tout état de cause en cas de départ de l'entreprise.

La caisse de MSA se réserve le droit de réclamer, à vous-même ou au pharmacien, tout indu relatif au système de tiers payant.

② AUTRES PROFESSIONS DE SANTÉ

Dans les départements où des accords ont été conclus entre AGRI PREVOYANCE, 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, ...).

③ 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,
- bénéficiaire 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 auprès de la caisse de MSA.

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.

ANNEXE 1 – DEFINITIONS

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 et imprévisible.

AN (PAR AN) : La mention « par an » utilisée dans le libellé des dispositions contractuelles signifie « par année civile » (sauf pour les garanties optiques).

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.

BASE DE REMBOURSEMENT DE SECURITE SOCIALE (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. 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.

CHANGEMENT DE SITUATION FAMILIALE

Sont considérés comme constituant un changement dans votre situation familiale, les événements suivants :

- mariage, concubinage, PACS ;
- divorce, séparation de corps, rupture des relations de concubinage, dissolution du PACS ;
- naissance ou adoption d'un enfant ;
- reconnaissance d'une situation d'ascendant à charge ;
- perte de la qualité d'enfant à charge ou d'ascendant à charge ;
- décès d'un enfant à charge, du conjoint ou d'un ascendant à charge.

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

En cas de conclusion ou de dissolution d'un PACS, la date de l'évènement 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.

CONTRAT D'ACCES AUX SOINS (CAS) : contrat négocié au niveau national entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins signataires de la Convention médicale de 2011 visant à modérer les dépassements d'honoraires.

CONTRAT « RESPONSABLE »

Contrat complémentaire santé qui s'inscrit dans le dispositif institué par la Loi n°2004-801 du 13 août 2004 et qui notamment, encourage le respect du parcours de soins coordonnés (qui repose lui-même sur le choix d'un médecin traitant).

CONTRAT « SOLIDAIRE »

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

DEPASSEMENT D'HONORAIRES

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement du régime de base et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (CAS ou OPTAM/OPTAM-CO).

DEVIS

• Devis établis par les professionnels de santé

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

• Devis établi par le délégataire 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.

FORFAIT « ACTES LOURDS »

Participation forfaitaire de 18€ qui n'est pas remboursée par le régime de base (sauf régime Alsace-Moselle), qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé, dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'Etat.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

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

MALADIE

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

MATERNITE

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

MEDECIN A ACCES DIRECT AUTORISE

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.

MEDECIN 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.

MEDECIN TRAITANT

Médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient auprès du régime de base. Il réalise les soins de premier niveau et assure une prévention personnalisée. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient à jour le dossier médical du patient.

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.

OPTAM/OPTAM-CO (Options pratiques tarifaires maîtrisées)

Options négociées au niveau national entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins signataires de la Convention médicale de 2016, en remplacement du CAS, visant à modérer les dépassements d'honoraires.

L'OPTAM est une option pour les médecins toutes spécialités et l'OPTAM-CO est une option spécifique pour les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens.

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 grâce à des appareils dentaires.

PARCOURS DE SOINS COORDONNES

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Est considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui :

- a déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention ;
- consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », auquel elle a été adressée par son médecin traitant.

REGIME 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.

TICKET MODERATEUR

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le régime de base (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire ou d'une franchise).

La participation forfaitaire, les franchises et les dépassements d'honoraires s'ajoutent éventuellement au ticket modérateur, l'ensemble de ces sommes étant laissées à la charge de l'assuré par le Régime obligatoire de protection sociale.

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 complémentaires « santé » pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient.

Les définitions ci-dessous 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

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables.

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale.

Il répond également aux exigences du décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats responsables : prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier, planchers et plafonds pour les frais d'optiques, plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (CAS ou OPTAM/OPTAM-CO).

GARANTIES ACCORD POLYCLTURE IDF	Remboursements Régime Obligatoire MSA	Remboursements régime complémentaire	Remboursements TOTAUX
HOSPITALISATION (y compris maternité et psychiatrie)			
Frais de soins et de séjour	80 % BR ou 100% BR	20 ou 0 % BR	100% BR
Honoraires	80 % BR ou 100% BR	20 ou 0 % BR	100% BR
Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM (5)	-	220 % BR	220 % BR
Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM (5)	-	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médico-sociaux)	-	100 % dès le premier jour	100 % dès le premier jour
Chambre particulière		25€ / jour	25€ / jour
Frais d'accompagnant enfant de moins de 16 ans (maximum 60 jours/an) (1)	-	60€ / jour	60€ / jour
Crédit supplémentaire maternité	-	1/3 du PMSS	1/3 du PMSS
FRAIS MEDICAUX			
Honoraires de médecins : généralistes, spécialistes toutes spécialités	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM (5)	-	220 % BR	220 % BR
Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM (5)	-	100 % BR	100 % BR
Radiographie	70 % BR	30% BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux	60 % BR	40% BR	100 % BR
Analyses	60 % BR ou 100 % BR	40% BR ou 0 % BR	100 % BR
Actes de prévention, actes techniques (2)	De 35 à 70 % BR	De 65 à 30 % BR	100 % BR
APPAREILLAGE			
Fournitures médicales, pansements, Gros et petits appareillages	60 % BR ou 100 % BR	40% ou 0 % BR	100 % BR
Prothèses auditives acceptées (par oreille)	60 % BR	395 % BR par oreille	455 % BR par oreille
PHARMACIE			
Pharmacie remboursée par le régime de base	De 15 à 35 % BR	De 85 à 65 % BR	100 % BR

GARANTIES ACCORD POLY CULTURE IDF	Remboursements Régime Obligatoire MSA	Remboursements régime complémentaire	Remboursements TOTAUX
OPTIQUE			
Par bénéficiaire et pour 2 ans à compter de la date d'acquisition. La période de prise en charge est réduite à un an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue. Plafond maximum de 150€ pour la monture			
Verres, monture, lentilles prise en charge acceptée	60 % BR	315€	60 % BR + 315€
Lentilles non jetables prise en charge refusée	-	Crédit de 200€/an/bénéficiaire	Crédit de 200€/an/bénéficiaire
DENTAIRE			
Honoraires	70% BR	30% BR + FR (3)	100% BR + FR (3)
Prothèses dentaires acceptées	70 % BR	140 % BR + crédit de 300€/an/bénéficiaire	210 % BR + crédit de 300€/an/bénéficiaire
Prothèses dentaires refusées	-	Crédit de 215€/an/bénéficiaire	Crédit de 215€/an/bénéficiaire
Inlays et Onlays (accepté par le régime de base)	70% BR	30% BR	100% BR
Inlay cores (acceptés par le régime de base)	70% BR	55% BR	125% BR
Orthodontie acceptée	70 ou 100 % BR	200 % BR	300 % BR
Orthodontie refusée	-	Crédit de 400€/an/bénéficiaire	Crédit de 400€/an/bénéficiaire
POLYVALENTS			
Frais de transport	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Cures thermales acceptées :			
Honoraires de surveillance médicale	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Frais de traitements thermaux	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Forfait « acte lourd » (4)	-	100 % du forfait	100 % du forfait

PMSS = Plafond mensuel de Sécurité sociale, adresse du site internet : www.securite-sociale.fr.

BR = Base de remboursement du régime de base.

(1) Les frais d'accompagnant sont pris en charge pour l'accompagnement des enfants à charge. Ces frais ne concernent que l'hébergement et les repas de l'accompagnant facturés par l'établissement.

(2) actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre u contrat (pour information liste ci-dessous à la date du 18/11/2014) : scellement des sillons avant 14 ans ; détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage de l'hépatite B ; dépistage des trouble de l'audition après 50 ans ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).

(3) Si secteur conventionné, le remboursement comprend la part obligatoire + la part complémentaire. Si secteur non conventionné, le remboursement est égal à 90 % des frais réels (part obligatoire + part complémentaire) limité à 300 % de BR secteur conventionné.

(4) Forfait acte lourd : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2015). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 €.

(5) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (CAS ou OPTAM/OPTAM-Co).

AGRI PRÉVOYANCE – Institution de prévoyance régie par le code rural et de la pêche maritime, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe 61 rue Taitbout, 75009 PARIS - SIRET - 423 959 295 00035 - Membre du GIE AGRICA GESTION - RCS Paris n°493 373 682 - Siège social - 21 rue de la Bienfaisance 75008 Paris - Tél : 01 71 21 00 00 - Fax 01 71 21 00 01 - www.groupagric.com

2017/01-AG-0092-PS-AV8