



Prévoyance



Santé

ENTREPRISE

Régime de prévoyance et de santé

Salariés non cadres des Entreprises de
Travaux Agricoles et Ruraux et Forestiers
de la Région Languedoc-Roussillon
et du département du Vaucluse

Conditions Générales



AGRI PRÉVOYANCE



Groupe AGRICA

Titre 1 — Dispositions générales	4
ARTICLE 1-1 OBJET DU CONTRAT	4
ARTICLE 1-2 ORGANISME ASSUREUR	4
ARTICLE 1-3 DÉLÉGATION DE GESTION	4
ARTICLE 1-4 PRESCRIPTION	5
ARTICLE 1-5 RECOURS CONTRE LE TIERS RESPONSABLE	5
ARTICLE 1-6 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	5
ARTICLE 1-7 RÉCLAMATIONS – MÉDIATION	5
Titre 2 — Exécution du contrat	6
ARTICLE 2-1 ADHÉSION DES ENTREPRISES AU CONTRAT	6
ARTICLE 2-2 PRISE D'EFFET / DURÉE ET RÉVISION	6
ARTICLE 2-3 GROUPE ASSURÉ	7
ARTICLE 2-4 OBLIGATIONS DE L'INSTITUTION	8
ARTICLE 2-5 OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE	8
ARTICLE 2-6 OBLIGATIONS DU PARTICIPANT	9
Titre 3 — Les cotisations	10
ARTICLE 3-1 MONTANT DES COTISATIONS	10
ARTICLE 3-2 MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS	10
ARTICLE 3-3 DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	11
Titre 4 — Garanties frais de santé	12
ARTICLE 4-1 AFFILIATION ET ADMISSION DES PARTICIPANTS	12
ARTICLE 4-2 BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES	14
ARTICLE 4-3 ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES	15
ARTICLE 4-4 MONTANT DES GARANTIES	15
ARTICLE 4-5 LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIES	15
ARTICLE 4-6 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES	16
ARTICLE 4-7 RÉGLEMENT DES PRESTATIONS ET CONTRÔLE	16
ARTICLE 4-8 CESSATION DES GARANTIES	17
ARTICLE 4-9 DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL SUPÉRIEURE À UN MOIS CIVIL	17
ARTICLE 4-10 MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL	18
Titre 5 — Garanties prévoyance	20
ARTICLE 5-1 AFFILIATION ET ADMISSION DES PARTICIPANTS	20
ARTICLE 5-2 GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE ET PERMANENTE DE TRAVAIL	20
ARTICLE 5-3 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES EN PRÉSENCE D'UN CONTRAT D'ASSURANCE ANTÉRIEUR	23
ARTICLE 5-4 CONTRÔLE DE L'INSTITUTION	23
ARTICLE 5-5 EXCLUSIONS DE LA GARANTIE	23
ARTICLE 5-6 GARANTIE DÉCÈS	24
ARTICLE 5-7 EXCLUSIONS	26
ARTICLE 5-8 MAINTIEN DE LA GARANTIE DÉCÈS	27
Annexe 1 — Définitions santé	28
Annexe 2 — Définitions prévoyance	32
Annexe 3 — Service tiers payant	34
Annexe 4 — Tableau des garanties	36

Préambule

Les partenaires sociaux signataires de la Convention collective des Entreprises de travaux agricoles ruraux et forestiers de la région Languedoc-Roussillon et du département du Vaucluse du 25 mars 1996 ont souhaité permettre à tous les salariés non cadres relevant de ladite convention, de bénéficier d'un régime complémentaire de prévoyance.

Les garanties ont été mises en place par la Convention collective des Entreprises de travaux agricoles ruraux et forestiers de la région Languedoc-Roussillon et du département du Vaucluse du 25 mars 1996 pour la prévoyance et par l'accord collectif du 27 août 2009 pour la santé.

Ces deux régimes ont fait l'objet d'une révision partielle par l'**avenant n°2 du 10 juin 2013 de l'accord précité pour les garanties santé** et l'**avenant n°25 du 10 juin 2013 à la convention collective du 25 mars 1996 pour les garanties prévoyance**, prenant effet au 1^{er} janvier 2014.

Ils permettent à **tous les salariés non cadres** des entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel de bénéficier :

- du **remboursement complémentaire de frais de santé** (frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation...) en cas de dépenses de santé consécutives à une maladie, maternité ou accident **après trois mois d'ancienneté continus** dans l'entreprise ;
- de la garantie **incapacité temporaire et permanente de travail après trois mois d'ancienneté continus** dans l'entreprise ;
- de la garantie **décès sans condition d'ancienneté**, excepté pour la rente éducation, où 12 mois d'affiliation continus ou non à la garantie décès sont requis.

L'Institution de prévoyance AGRI PRÉVOYANCE a été désignée comme assureur du régime.

Le présent contrat met en œuvre le régime de prévoyance et l'assurance Frais de santé.

Titre 1 — Dispositions générales

ARTICLE 1-1 **Objet du contrat**

Le présent contrat met en œuvre les remboursements frais de santé et les garanties de prévoyance ayant un caractère collectif et obligatoire, négociées par les partenaires sociaux dans le cadre de la Convention collective des Entrepreneurs de travaux agricoles ruraux et forestiers de la région Languedoc-Roussillon et du département du Vaucluse du 25 mars 1996 pour la prévoyance et l'accord collectif du 27 août 2009 pour la santé.

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

Il a pour objet d'assurer, dans les conditions exposées aux Titres 4 et 5, les prestations suivantes :

- le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées en complétant, acte par acte, les prestations versées par le régime de base, dans la limite des frais réellement engagés ;
- le versement d'une indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire de travail du participant consécutive à une maladie ou à un accident d'origine professionnelle ou non ;
- le versement d'une rente mensuelle en cas d'incapacité permanente professionnelle du participant consécutive à un accident du travail, de trajet ou à une maladie professionnelle ;
- le versement d'une pension d'invalidité complémentaire en cas d'incapacité

permanente du participant consécutive à une maladie ou à un accident non professionnels ;

- le paiement d'un capital au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès du participant ;
- le paiement d'une rente annuelle d'éducation aux enfants à charge en cas de décès du participant ;
- le paiement d'une indemnité frais d'obsèques en cas de décès du conjoint ou des enfants à charge du participant.

—

Ce contrat satisfait aux conditions exigées par les Pouvoirs Publics pour répondre aux définitions de « **contrat solidaire** » et « **contrat responsable** ».

ARTICLE 1-2 **Organisme assureur**

—

Les garanties du contrat sont assurées par : AGRI PRÉVOYANCE (21, rue de la Bienfaisance, 75382 PARIS Cedex 08), ci-après dénommée « **l'Institution** ».

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

ARTICLE 1-3 **Délégation de gestion**

—

AGRI PRÉVOYANCE délègue, dans le cadre d'une convention de gestion nationale, l'appel des cotisations de l'ensemble des garanties et le versement des prestations incapacité temporaire de travail et des prestations santé aux **caisses de Mutualité Sociale Agricole**.

Le règlement des prestations incapacité permanente et décès est effectué par AGRI PRÉVOYANCE.

ARTICLE 1-4 **Prescription**

—
Toute action dérivant des opérations mentionnées au contrat se prescrit dans les conditions énoncées à l'article L. 932-13 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 1-5 **Recours contre le tiers responsable**

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

—
En application de ce texte, lorsque le participant est victime d'un accident de la circulation impliquant un véhicule terrestre à moteur, il doit, sous peine de perdre ses droits à garantie, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident le nom de l'Institution en tant que tiers payeur.

ARTICLE 1-6 **Informatique et libertés**

—
Les informations concernant les participants et leurs ayants droit sont destinées aux services de l'Institution, au(x) mandataire(s), assureur(s), réassureur(s) ainsi qu'aux organismes professionnels intervenant au contrat.

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, les intéressés peuvent demander, en justifiant de leur identité, communication et rectification, s'il y a lieu, de toute information les concernant qui figurerait sur tout fichier utilisé dans le cadre du présent régime par courrier au siège de l'Institution, 21 rue de la Bienfaisance, 75382 PARIS Cedex 08 ou par courriel à l'adresse suivante : »cnil.blf@groupagricar.com ».

ARTICLE 1-7 **Réclamations – Médiation**

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

- soit par courrier à l'Institution – Service Réclamations, 21 rue de la Bienfaisance, 75382 Paris Cedex 08 ;
- soit par courriel sur le site internet du GROUPE AGRICA en cliquant sur la rubrique « Réclamations ».

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

- le code client de l'entreprise ou du participant ;
- le domaine concerné (prévoyance ou santé).

Dès lors, l'Institution adresse un accusé de réception dans les 10 jours suivants puis traite la réclamation dans un délai maximal de 2 mois. Par suite, un recours peut être présenté par l'entreprise ou le participant auprès du Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), sis 10 rue Cambacérès, 75008 PARIS.

Titre 2 — Exécution du contrat

ARTICLE 2-1 Adhésion des entreprises au contrat

2-1-1 ADHÉSION OBLIGATOIRE

Le caractère obligatoire de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat résulte de la signature de la convention collective du 25 mars 1996 pour la prévoyance et de l'accord collectif du 27 août 2009 pour la santé par les partenaires sociaux.

1. Champ d'application de l'accord

Entrent dans le champ d'application et doivent donc adhérer au présent contrat les entreprises de travaux agricoles ruraux et forestiers de la région Languedoc-Roussillon et du département du Vaucluse relevant de la Convention collective du 25 mars 1996.

2. Modalités d'adhésion des entreprises

L'institution délègue aux caisses de Mutualité Sociale Agricole le soin de procéder à l'enregistrement de l'adhésion des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective du 25 mars 1996.

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

→ dès le 1^{er} jour de son entrée dans le champ d'application de la convention collective du 25 mars 1996, notamment en cas de création d'entreprise postérieurement à la date d'entrée en vigueur des régimes.

2-2-2 DURÉE

L'adhésion de l'entreprise au présent contrat étant rendue obligatoire par la convention collective du 25 mars 1996 et l'accord du 27 août 2009, les seuls cas de cessation de l'adhésion sont :

- le changement d'organisme assureur décidé par les partenaires sociaux ;
- la dénonciation de la convention collective du 25 mars 1996 pour la prévoyance et/ou de l'accord collectif du 27 août 2009 pour la santé, décidée par les partenaires sociaux ;
- la cessation d'activité de l'entreprise adhérente ;
- le changement de siège social de l'entreprise adhérente ayant pour effet de la faire sortir du champ d'application de la convention collective du 25 mars 1996.

2-2-3 RÉVISION DES GARANTIES OU DES COTISATIONS

Les dispositions du présent contrat sont établies en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de signature de la convention collective du 25 mars 1996, notamment de celle applicable au régime de base de la Sécurité sociale en ce qui concerne les bases et taux de remboursements. En cas de changement de celles-ci postérieurement à cette date nécessitant une

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

2-2-1 PRISE D'EFFET

L'adhésion de l'entreprise au contrat prend effet :

- le jour de l'entrée en vigueur de la convention collective du 25 mars 1996, lorsque l'entreprise entre, à cette date, dans le champ d'application de ladite convention.

modification des dispositions du présent contrat, notamment lorsque la révision est motivée par la nécessité de conserver au contrat son caractère « responsable », une concertation devra être engagée avec les partenaires sociaux de la convention collective du 25 mars 1996 et, le cas échéant, faire l'objet d'un avenant à ladite convention. Dans cette hypothèse, l'Institution indiquera à l'entreprise adhérente les modifications applicables pour maintenir au contrat son caractère « responsable ».

—

Par ailleurs, l'Institution pourra éventuellement procéder, si les résultats du régime devenaient déficitaires, après concertation et conclusion d'un avenant par les partenaires sociaux de la convention collective du 25 mars 1996, à une révision tarifaire ou à une diminution des garanties.

—

Toute taxe ou contribution qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite, pourrait, après concertation et conclusion d'un avenant par les partenaires sociaux de la convention collective du 25 mars 1996, être mise à la charge de l'entreprise adhérente et/ou des participants et payable en même temps que la cotisation.

—

2-2-4- DÉNONCIATION DE L'ACCORD

En cas de dénonciation de la convention collective du 25 mars 1996 ou de modifications de ses dispositions entraînant la résiliation du présent contrat, qu'il y ait ou non désignation par les partenaires sociaux d'un nouvel

organisme assureur, l'Institution maintient les prestations en cours de service à la date d'effet de la dénonciation à leur niveau atteint à cette date.

—

En cas de résiliation d'une garantie à la suite de la révision de l'accord, l'Institution maintient les prestations en cours de service à leur niveau atteint à la date de fin de la garantie.

Ce maintien des garanties prévu ci-dessus cesse pour chacun des participants dans les conditions de l'article 2-7 et, au plus tard, à la date de liquidation de la pension de l'assurance vieillesse de la Mutualité Sociale Agricole (y compris pour inaptitude au travail) et, en tout état de cause, à la date à laquelle le participant peut bénéficier de la liquidation de sa pension de retraite de la Mutualité Sociale Agricole à taux plein.

—

Les partenaires sociaux, en application de l'article L. 912-3 du Code de la Sécurité sociale, organiseront les modalités de la poursuite des revalorisations avec le nouvel organisme assureur ou tout autre organisme pouvant assurer ce type de prestation.

ARTICLE 2-3 Groupe assuré

—

Le groupe assuré est constitué par l'ensemble des salariés non cadres des entreprises adhérentes, à l'exclusion des cadres et personnels ressortissant de la Convention Collective Nationale du 2 avril 1952 et relevant de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC :

→ **après trois mois d'ancienneté continu dans l'entreprise** pour la garantie Frais de santé ;

→ **après trois mois d'ancienneté continu dans l'entreprise** pour les garanties Incapacité temporaire et permanente de travail ;

→ **après 12 mois d'affiliation continu ou non à la garantie décès** pour la rente éducation ;

→ **sans condition d'ancienneté** pour les autres prestations à la garantie décès.

—

En outre, les salariés nouvellement embauchés dans une entreprise relevant du champ d'application de l'accord, ayant acquis préalablement le bénéfice de la garantie Frais de santé dans une autre entreprise relevant du champ d'application de l'accord, font l'objet d'un transfert de leurs droits à la garantie, dès lors que leur embauche intervient au plus tard dans les **trois mois suivant la fin de leur contrat de travail précédent**.

—

Le salarié appartenant au groupe assuré est dénommé « **participant** ».

ARTICLE 2-4 Obligations de l'Institution

—

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

ARTICLE 2-5 Obligations de l'entreprise adhérente

1. A L'ÉGARD DU PARTICIPANT

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

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

—

La preuve de la remise au participant de la notice d'information et de toute modification contractuelle incombe à l'entreprise adhérente.

—

2. A L'ÉGARD DE L'INSTITUTION

L'entreprise adhérente s'oblige :

- à accepter l'affiliation de l'ensemble des participants appartenant au groupe assuré ;
- à verser les cotisations selon les modalités définies ci-après ;
- à répondre aux questions de l'Institution ou de la Caisse de Mutualité Sociale Agricole relatives à l'application du présent contrat ;
- à fournir à l'Institution les éléments nécessaires à la gestion du présent contrat ;

- à fournir à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole les éléments nécessaires à la gestion du présent contrat, notamment les entrées et les sorties du personnel ainsi que la liste des participants ayant demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation.

ARTICLE 2-6 Obligations du participant

2-6-1 POUR LA GARANTIE OBLIGATOIRE

Chaque participant s'oblige :

- à accepter le précompte des cotisations ;
- à fournir à l'Institution et à la caisse de MSA, les renseignements nécessaires à l'établissement de ses droits et obligations, soit par l'intermédiaire de l'entreprise adhérente, soit directement en cas de maintien des garanties sous forme de contrat individuel dans les conditions prévues à l'article 4–10.

2-6-2 POUR L'EXTENSION FACULTATIVE DES AYANTS-DROIT

Chaque participant s'oblige :

- à transmettre à l'Institution le bulletin d'affiliation dûment complété et signé, accompagné des pièces justificatives ;
 - à accepter le prélèvement des cotisations par la caisse de MSA ;
 - à fournir à l'Institution et à la caisse de MSA, les renseignements nécessaires à l'établissement de ses droits et obligations.
-

Titre 3 — Les cotisations

ARTICLE 3-1 Montant des cotisations

3-1-1 GARANTIE OBLIGATOIRE SANTÉ

La garantie santé du présent contrat est accordée aux participants moyennant le paiement d'une cotisation fixée en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS), égale à :

1,12% du PMSS réparti comme suit sur la base du tarif « isolé » :

- 30% à la charge de l'employeur ;
- 70% à la charge du salarié.

Les cotisations sont exprimées taxe CMU comprise.

3-1-2 EXTENSION FACULTATIVE DES AYANTS-DROIT

L'extension de la garantie obligatoire souscrite au bénéfice des ayants-droit du participant est accordée moyennant une cotisation additionnelle, entièrement à la charge du participant, égale à :

- + 1,26% du montant du PMSS pour la couverture conjoint (extension couple) ;
- + 1,93% du montant du PMSS pour la couverture conjoint et des enfants à charge (extension famille) ;
- +0,78% du montant du PMSS pour la couverture de chaque enfant à charge (extension enfant à charge).

Les pourcentages ci-dessus sont applicables au 1^{er} janvier 2014. Ils pourront varier par la suite pour maintenir l'équilibre du contrat conformément aux dispositions prévues à l'article 2-2-3.

3-1-3 GARANTIE PRÉVOYANCE

Les garanties du présent contrat sont accordées aux participants moyennant le paiement d'une cotisation dont le taux conventionnel global est fixé à **1,59%** des rémunérations brutes, dans la limite de quatre fois le montant du plafond annuel de la Sécurité Sociale, répartis à hauteur de 1,25% pour la part employeur et 0,34% pour la part salarié.

Il est précisé que ce taux conventionnel global de **1,25%** à la charge exclusive de l'employeur, intègre d'une part, l'obligation légale de maintien de salaire résultant de l'article L. 1226-1 du Code du travail, pour un taux de 0,50 %, et d'autre part, le taux de 0,26% servant au financement de la couverture des charges sociales.

ARTICLE 3-2 Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations sont dues à compter du 1^{er} jour du mois de l'entrée en vigueur des garanties.

Ces cotisations sont appelées et recouvrées par les caisses de Mutualité Sociale Agricole, conjointement aux cotisations sociales de base, dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités.

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

3-2-1 GARANTIE OBLIGATOIRE SANTÉ ET PRÉVOYANCE

Ces cotisations sont appelées et recouvrées par la caisse de MSA, auprès des employeurs, conjointement aux cotisations sociales de base,

dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités que les assurances sociales.

Elles sont directement précomptées sur les fiches de paie, par l'employeur.

3-2-2 EXTENSION FACULTATIVE DES AYANTS-DROIT

Ces cotisations sont appelées et recouvrées par les caisses de MSA directement auprès des participants.

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

ARTICLE 3-3 Défaut de paiement des cotisations

Sous réserve des cas de maintien des garanties sous forme de contrat individuel, dans les conditions prévues à l'article 4-10, le versement des cotisations prévues par le présent contrat est de la seule responsabilité de l'entreprise adhérente, même si une fraction de celles-ci est à la charge effective des participants.

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

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

• EXTENSION FACULTATIVE DES AYANTS-DROIT :

Le versement des cotisations de l'extension facultative souscrite par le participant sont de la seule responsabilité du participant.

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

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

Titre 4 — Garanties frais de santé

ARTICLE 4-1 Affiliation et admission des participants

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

4-1-1 GARANTIE OBLIGATOIRE

1. Principe : affiliation obligatoire des participants

Sous réserve des cas d'affiliations facultatives expressément prévus dans l'**accord du 27 août 2009** et visés au paragraphe ci-dessous, l'ensemble des salariés présents et futurs constituant le groupe assuré **doit être obligatoirement affilié au présent contrat.**

—
L'Institution délègue aux Caisses de Mutualité Sociale Agricole le soin de déterminer les salariés à affilier au sein des entreprises adhérentes.

—
Le participant est affilié au contrat et ouvre droit aux garanties :

- à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat lorsque l'intéressé est inscrit sur les registres du personnel à cette date et qu'il fait partie du groupe assuré ;
- à compter du 1^{er} jour du mois civil au cours duquel les conditions nécessaires pour entrer dans le groupe assuré sont satisfaites, notamment lorsque le salarié est employé par l'entreprise postérieurement à la date de prise d'effet de son adhésion au présent contrat.

2. Dérogation : cas de dispense d'affiliation à la garantie Frais de santé

Le participant appartenant au groupe assuré peut être dispensé d'affiliation et choisir de ne pas être affilié à la garantie Frais de santé dès lors qu'il relève de l'une des situations suivantes :

- si le participant bénéficie de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L.863-1 du Code de la Sécurité sociale, et ce jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- si le participant est couvert à titre obligatoire dans le cadre d'un autre emploi (salarié à employeurs multiples) ;
- si le participant est couvert, à la date de mise en place du régime prévue par l'accord du 27 août 2009, pour les mêmes risques à titre collectif et obligatoire en qualité d'ayant-droit.
- si le participant est salarié à temps partiel ou apprenti dès lors que la cotisation à sa charge est supérieure ou égale à 10% de sa rémunération brute.

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

—
Le participant qui ne remplit plus les conditions requises à la dispense d'affiliation doit en informer l'entreprise adhérente. Il doit alors obligatoirement être affilié à la garantie Frais de santé à compter du 1^{er} jour du mois suivant.

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

4-1-2 EXTENSION FACULTATIVE DES AYANTS-DROIT

Le participant peut choisir, d'étendre, à l'ensemble de ses ayants-droit tels que définis dans l'annexe 2, le bénéfice de ses garanties obligatoires.

Le participant doit alors remplir et signer le bulletin d'affiliation et le transmettre à l'Institution accompagné des justificatifs pour chaque ayant-droit.

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

- au moment de son affiliation à la garantie obligatoire. Les ayants-droit sont alors admis dans l'assurance en même temps que le participant auquel ils se rattachent ;
- en cours d'année, dans les 30 jours qui suivent l'évènement en cas de changement dans la situation familiale du participant ou de modification de situation professionnelle du conjoint, tel que défini à l'annexe 1 des présentes conditions générales. Les ayants-droit sont alors admis dans l'assurance à compter du 1^{er} jour du mois civil de l'évènement ;
- annuellement, au plus tard le 30 novembre de chaque année. Les ayants-droit sont alors admis dans l'assurance à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

Cette demande est formalisée par un bulletin d'affiliation dûment complété par le participant. Lors de toute modification dans sa situation

familiale, le participant devra remplir et signer un nouveau bulletin d'affiliation.

1. Renonciation du participant à l'extension facultative

Le participant qui a demandé l'extension facultative a la faculté d'y renoncer, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Institution, dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'affiliation a pris effet et ce, sous réserve de ne pas avoir demandé dans ledit délai le remboursement de frais de santé engagés.

Ce délai expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

L'Institution procède au remboursement de la cotisation, dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

2. Résiliation du participant de l'extension facultative

Le participant a la faculté de résilier l'extension facultative :

- annuellement, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la caisse de MSA, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La dénonciation prend alors effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.
- en cours d'année, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la caisse de MSA, dans les 30 jours qui suivent l'évènement, en cas de changement dans

la situation familiale du participant ou de la modification professionnelle de son conjoint. La dénonciation prend alors effet dès la survenance à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit l'évènement.

- en cas de hausse du montant de la cotisation, le participant peut refuser cette augmentation dans le mois qui suit la modification du nouveau tarif et renoncer à son affiliation, par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

— La résiliation prend alors effet le premier jour du mois civil suivant la date figurant sur l'accusé de réception.

— En cas de résiliation, toute nouvelle demande d'affiliation à l'extension facultative ne peut intervenir au plus tôt qu'à l'expiration d'un délai de deux ans.

Il ne sera dérogé à cette durée de deux ans qu'en cas de changement de situation familiale ou de modification de situation professionnelle du conjoint.

4-1-3 CESSATION DE L'AFFILIATION ET DES GARANTIES

L'affiliation obligatoire du participant au présent contrat (affiliation obligatoire et extension famille) cesse :

- le dernier jour du mois au cours duquel il cesse d'appartenir au groupe assuré visé à l'article 2-3 des présentes Conditions générales ;
- le dernier jour du mois au cours duquel intervient la rupture de son contrat de

travail, s'il quitte l'entreprise adhérente avant l'âge d'admission à la retraite quel qu'en soit le motif. A cette date, le participant licencié ou invalide pourra, à sa demande, contracter aux conditions de souscription et aux tarifs en vigueur, un contrat proposé à titre individuel, dans les conditions définies à l'article 4-10.

- le dernier jour du mois au cours duquel intervient la cessation totale d'activité liée à la liquidation de la pension vieillesse de la MSA. A cette date, tout participant peut demander à contracter un contrat proposé à titre individuel dans les conditions définies à l'article 4-10.

— L'affiliation des ayants droit à l'assurance Frais de santé cesse dans les conditions suivantes :

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

ARTICLE 4-2 Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires des garanties sont :

- le participant appartenant au groupe assuré défini à l'article 2-3 des présentes Conditions Générales ;
- l'ensemble de ses ayants droit définis à l'annexe 1 des présentes Conditions Générales.

Les garanties sont accordées aux participants et à leurs ayants droit dans la mesure où ils

bénéficiaire de droits ouverts au titre des prestations en nature du régime de base.

ARTICLE 4-3 **Entrée en vigueur des garanties**

4-3-1 POUR LE PARTICIPANT

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

4-3-2 POUR LES AYANTS-DROIT DU PARTICIPANT

Les garanties entrent en vigueur à l'égard des ayants droit, immédiatement, dès leur admission dans l'assurance, conformément aux dispositions de l'article 4-1 des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 4-4 **Montant des garanties**

Les montants des remboursements garantis par le présent contrat **correspondent à ceux prévus par l'accord du 27 août 2009.**

Ces remboursements s'effectuent, poste par poste, acte par acte au sens de la Classification Commune des Actes Médicaux, **dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues au tableau des garanties figurant en annexe 4.**

Il est précisé que l'Institution prend en charge les actes de prévention ouvrant droit à remboursement de la part de la Mutualité Sociale Agricole, notamment ceux fixés par l'arrêté du 8 juin 2006, dans le cadre du dispositif des contrats « responsables ».

Pour les frais engagés en dehors du territoire français, les remboursements de l'Institution sont déterminés et limités à la prestation qu'elle aurait versée après intervention directe du régime social de base.

ARTICLE 4-5 **Limites et exclusions de garanties**

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

- **les frais engagés au titre d'actes exécutés avant la date d'entrée en vigueur des garanties ou après la cessation des garanties ;**
- **les frais ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité Sociale ;**
- **les frais n'ouvrant pas droit aux prestations en nature de la MSA au titre de l'Assurance Maladie ou Maternité, sauf exceptions prévues au tableau des garanties figurant en annexe 4.**

1. LIMITES LIÉES AU CARACTÈRE « RESPONSABLE » DU CONTRAT

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

Notamment, il ne rembourse :

- **ni la participation forfaitaire ni la franchise respectivement prévues aux II et III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale.**

- ni les pénalités ou majorations autorisées mises à la charge de l'assuré en cas de non respect du parcours de soins, d'absence de désignation d'un médecin traitant ou de refus d'accès à son dossier médical personnel ;

2. LIMITES LIÉES AUX ACTES OU AUX FRAIS

Ne sont pas pris en charge au titre de cette garantie :

- les frais de santé résultant de suites de traitements ou d'interventions chirurgicales, exécutés dans un but esthétique ou de rajeunissement, non pris en charge par le régime de base et non liés à une maladie, maternité ou un accident antérieurs ;
- les frais personnels et accessoires (suppléments éventuels pour boissons, téléphone, télévision, etc.) en cas d'hospitalisation.

3. PRÉCISIONS EN CAS D'ASSURANCES CUMULATIVES

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

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

Sous peine de déchéance, le participant doit

faire la déclaration de ses assurances cumulatives. Cette obligation est valable pendant toute la durée de l'affiliation au présent contrat.

ARTICLE 4-6 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 de la MSA au titre des Assurances Sociales.

ARTICLE 4-7 Réglement des prestations et contrôle

Les prestations prévues au présent contrat sont réglées **directement par la caisse de MSA** du participant, seul interlocuteur pour le remboursement de ses frais de santé complémentaires et obligatoires.

En cas de suspicion de fraude aux prestations, l'Institution se réserve la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales et/ou de demander toutes autres justifications qui lui paraîtraient nécessaires, notamment les prescriptions médicales et les factures détaillées.

Le participant qui, intentionnellement, fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement, perd tout droit aux garanties pour la demande de règlement en cause.

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

ARTICLE 4-8 Cessation des garanties

4-8-1 POUR LE PARTICIPANT

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

- le dernier jour du mois au cours duquel il cesse d'appartenir au groupe assuré visé à l'article 2-3 des présentes Conditions Générales ;
- le dernier jour du mois au cours duquel intervient la rupture de son contrat de travail, s'il quitte l'entreprise adhérente avant l'âge d'admission à la retraite quel qu'en soit le motif. A cette date, le participant licencié ou invalide pourra, à sa demande expresse, contracter aux conditions de souscription et aux tarifs en vigueur, un contrat proposé à titre individuel dans les conditions définies à l'article 4-10 des présentes Conditions Générales ;
- le dernier jour du mois au cours duquel intervient la cessation totale d'activité liée à la liquidation de la pension vieillesse de la Mutualité Sociale Agricole. A cette date, tout participant retraité en faisant la demande pourra contracter un contrat proposé à titre individuel, dans les conditions définies à l'article 4-10 des présentes Conditions Générales.

- le dernier jour du mois au cours duquel il cesse de percevoir une rémunération, sous réserve des dispositions spécifiques prévues à l'article 4-9 ci-après.

4-8-2 POUR LES AYANTS-DROIT DU PARTICIPANT

Outre les cas de renonciation et de résiliation prévus aux articles 4-1-2§1 et 4-1-2§2 des présentes Conditions Générales, les garanties cessent à l'égard des ayants droit dans les conditions suivantes :

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

ARTICLE 4-9 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail supérieure à un mois civil

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

4-9-1 AVEC UN MAINTIEN DE SALAIRE TOTAL OU PARTIEL OU VERSEMENT D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

L'affiliation au 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 participants exerçant leur activité professionnelle : mêmes prestations et mêmes cotisations appelées à l'employeur.

Ce maintien d'affiliation s'effectue également tant que dure le versement d'indemnités journalières.

4-9-2 SANS MAINTIEN DE SALAIRE TOTAL OU PARTIEL NI VERSEMENT D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

L'affiliation au présent contrat cesse à compter du premier jour du mois qui suit l'arrêt total et continu de travail.

Toutefois, le participant peut, sous réserve de s'acquitter de la totalité de la cotisation, demander à l'Institution à souscrire un contrat individuel pour le maintien des garanties aux mêmes conditions que les participants présents dans l'entreprise.

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

1. En cas de suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à un mois civil, sans versement de salaire total ou partiel par l'entreprise adhérente ni versement d'indemnités journalières

En application de l'accord du 27 août 2009 et conformément aux dispositions de l'article précédent, les garanties du présent contrat pourront être maintenues au participant sous forme de contrat individuel, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire,

lorsque les deux conditions suivantes sont remplies :

- absence de versement de salaire par l'entreprise adhérente ;
- suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à un mois civil.

Pour être recevable, la demande d'adhésion au contrat individuel doit parvenir à l'Institution au plus tard un mois après la cessation de l'affiliation au présent contrat.

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

Le tarif individuel appliqué audit contrat individuel est identique à celui des participants affiliés au présent contrat collectif (part patronale et part salariale).

2. En cas de rupture du contrat de travail

En application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin », l'Institution proposera aux anciens participants, dans les deux mois qui suivent la date de cessation de leur contrat de travail, selon l'information transmise par l'entreprise, le maintien de leurs garanties dans le cadre d'une adhésion à un **contrat individuel**, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire ; sous réserve qu'ils répondent 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 la caisse de MSA.

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

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

En application du décret n° 90-769 du 30 août 1990, le tarif applicable aux anciens participants ne pourra être supérieur à plus de 50 % du tarif en vigueur pour les participants actifs.

3. Aux ayants droit d'un participant décédé

En application **de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin »**, les ayants droit d'un participant décédé, pourront demander le maintien de leurs garanties dans le cadre d'une adhésion à un **contrat individuel**, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire.

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

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

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

Titre 5 — Garanties prévoyance

ARTICLE 5-1 Affiliation et admission des participants

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

—
L'ensemble des salariés présents et futurs constituant le groupe assuré, y compris ceux dont le contrat de travail est suspendu, doit être obligatoirement affilié au présent contrat.

—
Le participant est affilié au contrat et ouvre droit aux garanties :

- à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat lorsque l'intéressé est inscrit sur les registres du personnel à cette date et qu'il fait partie du groupe assuré ;
- à compter du 1^{er} jour du contrat de travail ou à la date à laquelle le salarié remplit les conditions nécessaires pour entrer dans le groupe assuré, notamment lorsque le salarié est employé par l'entreprise postérieurement à la date de prise d'effet de son adhésion au présent contrat.

ARTICLE 5-2 Garanties incapacité temporaire et permanente de travail

5-2-1 INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Les prestations susceptibles d'être servies pour une incapacité temporaire de travail sont des indemnités journalières complémentaires à celles dues, au titre de l'assurance maladie ou

de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, par le régime de base de la Mutualité Sociale Agricole.

1. Conditions d'indemnisation

A condition de justifier de trois mois d'ancienneté continus dans l'entreprise, le salarié bénéficiera du versement d'indemnités journalières complémentaires :

- en cas d'absence au travail justifiée par l'incapacité temporaire résultant de l'accident du travail, de l'accident de trajet ou de la maladie professionnelle ;
- en cas d'absence pour maladie ou accident de la vie privée.

2. Modalités d'indemnisation

Le versement de l'indemnité journalière complémentaire intervient :

- à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail, si celui-ci est consécutif à un accident du travail, de trajet ou à une maladie professionnelle ;
- à compter du 8^{ème} jour d'arrêt de travail, si celui-ci est consécutif à un accident ou à une maladie de la vie privée.

3. Montant de l'indemnisation

L'indemnisation globale (indemnités journalières versées par le régime de base ainsi que les indemnités complémentaires AGRI PRÉVOYANCE) est égale à 90% du salaire brut du salarié.

La période d'indemnisation se prolonge jusqu'à la fin de la perception des indemnités journalières versées par la MSA et au maximum jusqu'au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail.

Le salaire journalier de référence correspond au salaire brut ayant donné lieu à cotisations (limité à quatre fois le plafond de la Sécurité Sociale) et se rapportant à la période de référence retenue par la MSA pour le calcul de ses propres indemnités journalières.

Le participant se trouvant en état d'incapacité temporaire de travail ne bénéficie pas de l'indemnité journalière complémentaire pendant la durée du congé légal de maternité ou de paternité.

4. Règlement des indemnités journalières complémentaires

L'indemnité journalière complémentaire est réglée par la Caisse de Mutualité Sociale Agricole **conjointement et selon la même périodicité que les indemnités journalières de base**. Elle est versée directement au participant ou à l'entreprise adhérente lorsque celle-ci est subrogée dans les droits de l'intéressé.

5. Durée de l'indemnisation

Le service de l'indemnité journalière complémentaire est maintenu tant que l'indemnité journalière du régime de base est servie au participant.

En cas de rupture du contrat de travail intervenant avant la fin de la période d'indemnisation du régime de base, les indemnités journalières complémentaires continuent à être versées jusqu'à la date limite de celle-ci.

Le service de l'indemnité journalière cesse définitivement à la date de reconnaissance par

le régime de base d'un état d'incapacité permanente.

6. Cotisations sur indemnités journalières complémentaires

La garantie incapacité temporaire de travail est complétée par une assurance des charges patronales financée par une cotisation uniquement à la charge de l'entreprise.

Cette assurance prévoit le versement d'indemnités correspondant aux charges sociales patronales dues sur les indemnités journalières complémentaires versées en cas d'incapacité temporaire de travail d'un salarié.

Les indemnités journalières sont servies nettes de cotisations salariales, de CSG et de CRDS.

5-2-2 INCAPACITÉ PERMANENTE DE TRAVAIL

La prestation susceptible d'être servie pour incapacité permanente de travail résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est **une pension mensuelle** versée en complément des prestations versées par la Mutualité Sociale Agricole.

1. Conditions d'indemnisation

Pour bénéficier d'une pension complémentaire, le participant :

- doit justifier **de trois mois d'ancienneté continu** dans l'entreprise en cas d'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- ne doit pas pouvoir prétendre à une retraite de base à taux plein, notamment au titre de l'incapacité au travail ;

→ doit ouvrir droit au versement par la Mutualité Sociale Agricole d'une rente accident du travail pour incapacité permanente d'origine professionnelle, entraînant une impossibilité d'exercer une activité professionnelle et correspondant à un taux égal ou supérieur à 66,66% ou d'une pension d'invalidité de catégorie 2 ou 3.

La pension ne peut se cumuler avec les indemnités journalières complémentaires que le participant percevait avant la décision de la Mutualité Sociale Agricole.

2. Montant de l'indemnisation

Le montant de la pension complémentaire mensuelle est égal à **10% du salaire brut de référence du participant**.

Le salaire mensuel brut de référence est égal au 12^{ème} des salaires bruts perçus par le participant au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail consécutif à la maladie ou à l'accident et ayant donné lieu à cotisations.

3. Règlement de la pension

La pension complémentaire est versée, dès la date de reconnaissance de l'incapacité permanente de travail ou de l'invalidité, par la Mutualité Sociale Agricole.

Elle est payée au participant par l'Institution mensuellement à terme échu, sous réserve de présentation des justificatifs du régime de base, pendant toute la durée de l'incapacité permanente de travail ou de l'invalidité jusqu'au terme prévu à l'article ci-dessous.

4. Durée de l'indemnisation

Le paiement de cette pension complémentaire est maintenu à l'intéressé aussi longtemps qu'il perçoit une rente ou une pension de la Mutualité Sociale Agricole et est suspendu si la Mutualité Sociale Agricole suspend le versement de sa propre rente ou pension.

Il cesse définitivement à la date de liquidation de la pension vieillesse du régime de base et au plus tard à la date où le participant ouvre droit à une pension vieillesse à taux plein.

5-2-3 REVALORISATION DES PRESTATIONS INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Les prestations complémentaires d'incapacité de travail, temporaire et permanente, sont revalorisées dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités que les prestations en espèces, rentes et pensions du régime de base.

5-2-4 CUMUL DES PRESTATIONS INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Les prestations d'incapacité temporaire et permanente de travail de l'Institution sont servies en complément de celles attribuées par la Mutualité Sociale Agricole au titre de l'assurance maladie et l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Le cumul des prestations versées tant par la Mutualité Sociale Agricole que par l'Institution et, le cas échéant, des salaires payés, ne peut excéder le montant net du salaire que le participant aurait effectivement perçu s'il avait continué à travailler dans l'entreprise adhérente.

ARTICLE 5-3 Dispositions particulières en présence d'un contrat d'assurance antérieur

Les prestations complémentaires d'incapacité de travail, temporaire et permanente, dont le versement est maintenu par un précédent organisme assureur au niveau atteint à la date d'effet de l'adhésion au présent contrat ou à la date d'entrée dans le groupe assuré, **sont uniquement revalorisées par l'Institution au titre du présent contrat.**

Le précédent organisme assureur, qui poursuit ainsi le versement des prestations incapacité de travail, maintient aux intéressés la garantie décès.

Toutefois, la garantie décès pourra être prise en charge dans le cadre du présent contrat à la double condition :

- qu'un état détaillé des bénéficiaires soit communiqué par l'entreprise adhérente à l'Institution ;
- et que le précédent organisme assureur transmette les provisions effectivement constituées.

Toutefois, si le précédent organisme accepte de transférer les provisions de l'ancien contrat à l'Institution, les indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail et les pensions en cas d'incapacité permanente de travail sont alors versées par l'Institution et revalorisées au titre du présent contrat.

ARTICLE 5-4 Contrôle de l'Institution

L'Institution se réserve la faculté d'apprécier et de contrôler l'état d'incapacité du participant.

A cet effet, les médecins, agents ou délégués de l'Institution doivent pouvoir se rendre auprès du participant, lequel s'engage à les recevoir et à les informer loyalement de son état. Les médecins de l'Institution peuvent également convoquer le participant.

Si le participant s'oppose aux visites et/ou aux examens médicaux, l'Institution est autorisée à suspendre ou interrompre de plein droit le paiement des prestations en cours.

En cas de désaccord entre le médecin du participant et celui de l'Institution portant sur l'état d'incapacité temporaire ou permanente, le participant et l'Institution peuvent convenir de s'en remettre à un médecin arbitre. Dans ce cas, les honoraires d'arbitrage sont partagés par moitié entre le participant et l'Institution.

ARTICLE 5-5 Exclusions de la garantie

Sont garantis par l'Institution, au titre du contrat de prévoyance, tous les risques d'incapacité de travail, à l'exclusion de ceux résultant :

- 1° de la guerre,**
- 2° de maladies ou accidents qui sont le fait volontaire du participant, à l'exception de la tentative de suicide.**

ARTICLE 5-6 Garantie décès**5-6-1 CONDITION D'OUVERTURE DU DROIT**

Sont couverts par cette garantie tous les salariés non cadres sans condition d'ancienneté excepté pour la rente d'éducation où 12 mois d'affiliation continus ou non à la garantie décès sont requis.

La garantie décès comprend plusieurs prestations :

- un capital décès ;
- une rente éducation ;
- une indemnité frais d'obsèques.

5-6-2 CAPITAL DÉCÈS**1. Montant du capital décès****• Capital de base**

En cas de décès d'un participant, l'Institution verse, à la demande du (des) bénéficiaire(s) ou de l'entreprise adhérente, un capital de base d'un montant égal à **100% de son salaire annuel brut**, tel que défini ci-après.

Le salaire annuel brut retenu pour le calcul du capital décès est celui qui se rapporte aux quatre derniers trimestres précédant le décès ou, le cas échéant, l'arrêt de travail pour maladie ou accident, et ayant donné lieu à cotisations dans la limite de quatre fois le plafond de la Sécurité Sociale.

Lorsque la période d'affiliation ne compte pas 4 trimestres mais au moins 30 jours au cours des 12 derniers mois, le capital décès est basé sur le salaire d'une année calculé à partir des salaires sur lesquels le salarié a cotisé depuis son affiliation à la garantie décès.

Lorsque la période d'affiliation est inférieure à 30 jours, le capital décès est égal à 30 fois le salaire journalier du participant.

Le salaire est revalorisé dans les mêmes conditions que les salaires servant de base au calcul des pensions de vieillesse des assurances sociales, compte tenu des coefficients de revalorisation fixés par arrêté et applicables à la date du décès.

En cas de maintien de la garantie décès par un précédent organisme assureur, le montant des prestations garanties par cet organisme sera déduit des prestations versées au titre du présent contrat.

• Majoration familiale

Le capital de base est majoré de **25%** par enfant à charge au moment du décès.

2. Bénéficiaires du capital décès**• Capital de base**

Le capital de base est versé comme suit en présence d'un conjoint et/ou de descendants survivants, ci-après désignés « bénéficiaires prioritaires » :

- en totalité au conjoint survivant non séparé de corps, si le salarié n'a pas notifié de répartition à l'Institution entre les bénéficiaires prioritaires ;
- entre le conjoint non séparé de corps, qui ne peut se voir attribuer moins de 50% du capital, et les descendants, si le salarié a notifié à l'Institution une répartition.

En l'absence de conjoint survivant non séparé de corps, le capital est réparti par parts égales entre les descendants.

Le cocontractant d'un PACS est assimilé au conjoint non séparé de corps.

En cas d'absence de bénéficiaires prioritaires, le capital est attribué dans l'ordre suivant :

- aux bénéficiaires désignés par le participant ;
- au concubin justifiant d'au moins deux ans de vie commune ou d'un enfant né de cette union ;
- aux héritiers.

—

Si l'une des personnes désignées est décédée au jour du versement du capital de base, sa fraction de capital est répartie par parts égales entre les bénéficiaires restants.

La désignation peut :

- se faire en remplissant le bulletin de désignation prévu à cet effet ;
- ou faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

—

Afin d'éviter tout risque d'homonymie et pour faciliter la recherche du (des) bénéficiaire(s) désigné(s), le participant doit indiquer, pour chaque bénéficiaire, toutes précisions permettant son identification exacte, notamment ses nom, prénoms, date et lieu de naissance.

—

Toute désignation ou changement de désignation non portés à la connaissance de l'Institution lui est inopposable.

—

• Majoration familiale

Les majorations familiales sont versées dans tous les cas aux seules personnes qui les ont générées.

Elles sont versées directement à l'enfant à charge si ce dernier est majeur, ou à son représentant légal, s'il est mineur ou majeur protégé.

—

En tout état de cause, la somme des majorations générées par les enfants à charge, est répartie par parts égales entre eux.

La définition de l'enfant à charge est précisée en annexe 2 des présentes Conditions Générales.

—

• Invalidité absolue et définitive

Le capital décès peut être versé au participant, sur demande, en cas d'invalidité absolue et définitive lui interdisant toute activité rémunérée et lui permettant de bénéficier de l'assistance d'une tierce personne au sens du régime de base.

—

Le paiement par anticipation du capital décès pour cause d'invalidité absolue et définitive s'effectue en 24 mensualités.

—

Il met fin à la prestation capital décès.

Lorsque le participant vient à décéder sans avoir perçu la totalité du capital décès, la part correspondant au reliquat est versée aux bénéficiaires dans les conditions prévues ci-dessus.

—

3. Règlement du capital décès

Le capital décès est calculé et payé par l'Institution sous un délai maximum de 15 jours à compter de la réception du dossier complet et des justificatifs nécessaires.

5-6-3 RENTE ÉDUCATION

1. Montant de la rente éducation

En cas de décès d'un salarié, quelle qu'en soit l'origine, sous réserve toutefois qu'il justifie de douze mois d'affiliation, il est versé à chaque enfant à charge une rente annuelle forfaitaire en points. La valeur du point, égale à celle du point Agri Prévoyance, est revalorisée chaque année par le Conseil d'Administration d'Agri Prévoyance.

Le montant de la rente est égal à :

- 50 points par enfant à charge ayant entre 0 et 10 ans révolus ;
- 75 points par enfant à charge ayant entre 11 et 17 ans révolus ;
- 100 points par enfant à charge ayant entre 18 et 26 ans, sous la condition de poursuivre des études.

—

2. Bénéficiaires de la rente éducation

La rente éducation est versée :

- soit directement à l'enfant charge qui l'a générée, s'il est majeur ;
- soit à son représentant légal, s'il est mineur ou majeur protégé.

La définition de l'enfant à charge est précisée en annexe 2 des présentes Conditions Générales.

—

3. Règlement de la rente éducation

Le paiement de la rente sera effectué dans les quinze jours suivant la réception par l'Institution de la demande de prestations comportant l'attestation par l'entreprise adhérente que le participant était bien garanti à la date du décès. La rente est versée annuellement d'avance, et le cas échéant au prorata, au représentant légal

de l'enfant mineur ou majeur protégé ou à l'enfant majeur sur sa demande.

Si la demande de prestations est présentée plus d'un an après la date de décès, la rente est versée à compter du premier jour suivant la date de sa réception par l'Institution.

La rente cesse d'être payée à la fin du trimestre au cours duquel l'enfant n'est plus à charge.

—

5-6-4 INDEMNITÉ FRAIS D'OBSÈQUES

En cas de décès du conjoint du participant ou d'un enfant à sa charge, tel que défini en annexe 2, il est versé au participant, sous réserve qu'il ait effectivement supporté les frais d'obsèques, une indemnité dont le montant est égal à 100% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au moment du décès.

L'indemnité frais d'obsèques est versée, sur justificatifs, dans la limite des frais réellement engagés.

L'indemnité frais d'obsèques est calculée et payée par l'Institution sous un délai maximum de 15 jours à compter de la réception du dossier complet.

ARTICLE 5-7 Exclusions

—

Sont garantis par l'Institution tous les risques de décès, à l'exclusion de ceux résultant :

1° de la guerre civile ou étrangère ;

2° du fait volontaire du bénéficiaire ; le suicide étant toutefois pris en charge.

ARTICLE 5-8 **Maintien de la garantie décès**

Conformément aux dispositions de l'article 2-7, la garantie décès cesse à la date de cessation de l'affiliation du participant.

Par exception aux dispositions de l'alinéa précédent, la garantie décès est maintenue, en cas de rupture du contrat de travail, pour les participants indemnisés par le présent contrat au titre :

- de la garantie incapacité temporaire de travail ;
 - de la garantie incapacité permanente de travail.
-

Annexe 1 — Définitions santé

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

BASE DE REMBOURSEMENT

Ensemble des éléments tarifaires sur lesquels le régime base applique un taux (de 0 % à 100 %) pour déterminer le niveau de son remboursement.

CHANGEMENT DE SITUATION FAMILIALE

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

- mariage, concubinage, PACS,
- divorce, séparation de corps, rupture des relations de concubinage, dissolution du PACS,
- 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'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 RESPONSABLE

Contrat santé ne couvrant pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 322-2 du

Code de la Sécurité sociale et répondant à l'ensemble des conditions mentionnées par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et par tout texte ultérieur pris par les Pouvoirs Publics pour son application (notamment les articles R. 871-1 et R. 871-2 de ce même code).

CONTRAT SOLIDAIRE

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

CRÉDIT

Somme utilisable en une ou plusieurs fois jusqu'à épuisement au cours de l'année civile. Forfait : indemnité forfaitaire fixée par avance et invariable, versée dans les cas prévus.

FRAIS DE SANTÉ

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 de l'assuré constatée par une autorité médicale compétente.

MATERNITÉ

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

MÉDECIN TRAITANT

Médecin désigné par l'assuré âgé de 16 ans et plus auprès de l'assurance maladie et chargé de la mise en œuvre du parcours de soins coordonnés.

Peut être un médecin généraliste, spécialiste, un médecin exerçant dans un centre de santé ou hospitalier.

MÉDECIN CORRESPONDANT

Médecin intervenant en coordination avec le médecin traitant, tant pour rendre un avis ponctuel que pour des soins itératifs (plan de soins prédéfini en terme de contenu et de périodicité entre le médecin traitant et le médecin correspondant). Il garantit le second niveau de recours au système de soins, notamment l'accès aux soins les plus spécialisés.

MÉDECIN À ACCÈS SPÉCIFIQUE

Médecin relevant de certaines spécialités (gynécologie, ophtalmologie,...) qui, pour certains actes précisés relevant de sa spécialité, peut être consulté sans orientation préalable du médecin traitant tout en restant dans le parcours de soins.

PARCOURS DE SOINS

Dispositif mis en place par la réforme de l'assurance maladie ayant pour objectif la maîtrise médicalisée des dépenses de santé par

la coordination des soins (notamment désignation du médecin traitant et accès au dossier médical personnalisé).

PLAFOND ANNUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

RÉGIME DE BASE

Mutualité Sociale Agricole, Caisse Générale de Sécurité Sociale ou tout autre Régime social obligatoire français.

TICKET MODÉRATEUR

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

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

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

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

TIERS PAYANT

Il permet à l'assuré de ne pas avancer de frais dans les pharmacies. Ceux-ci sont directement adressés aux caisses concernées pour les parts obligatoires et complémentaires.

Annexe 2 — Définitions prévoyance

ACTE AUTHENTIQUE

Un acte authentique est un acte établi par un officier public et signé devant lui par toutes les parties à l'acte.

—

ACTE SOUS SEING PRIVE

Un acte sous seing privé est un acte dont la rédaction est libre, établi par l'une des parties à l'acte et signé par toutes les parties à cet acte. Il doit y avoir autant d'originaux que de parties à cet acte. L'acte sous seing privé peut ou non être enregistré auprès du service des impôts.

—

CONJOINT

La personne mariée avec le participant et non séparée de corps.

—

COCONTRACTANT D'UN PACS (sous réserve des conditions supplémentaires précisées pour le bénéfice des garanties dans les articles concernés)

La personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS) avec le participant, conformément aux dispositions de l'article 515-1 et suivants du Code Civil.

—

CONCUBIN (sous réserve des conditions supplémentaires précisées pour le bénéfice des garanties dans les articles concernés)

Par concubin, il faut entendre la personne vivant en concubinage selon les dispositions de l'article 515-8 du Code civil, avec le participant depuis au moins deux ans, sous réserve que le participant soit libre 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 de l'union.

De plus, les concubins doivent être 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).

—

ENFANTS A CHARGE

Par enfant, il faut entendre :

- les enfants du participant (légitimes, adoptés ou reconnus, nés ou à naître) ;
- les enfants recueillis par le participant et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue ;
- les enfants qui ont été élevés par le participant pendant 9 ans au moins avant leur 16^{ème} anniversaire ;
- les enfants dont la qualité d'ayant droit du participant aura été reconnue par le régime de base.

Sont considérés comme enfants à charge :

- « enfants à charge » :
 - les enfants âgés de moins de 18 ans, quelle que soit leur situation ;
 - les enfants âgés de moins de 26 ans lorsqu'ils sont étudiants, apprentis, demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi et non indemnisés par le régime d'Assurance Chômage ;
 - les enfants reconnus invalides au sens de la législation des assurances sociales, quel que soit leur âge, à condition que leur état d'invalidité ait été constaté avant leur 21^{ème} anniversaire.

Annexe 3 — Service tiers payant

Les services de tiers payant suivants sont mis à la disposition des participants :

— PHARMACIE

→ Le service de TIERS PAYANT PHARMACIE a pour objet de permettre au participant de bénéficier de la dispense d'avance des frais pharmaceutiques. 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 obligatoires et complémentaires par la caisse de MSA.

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.

La caisse de MSA porte les droits complémentaires sur la carte Vitale, ce qui dispense dans la plupart des cas le participant de présenter la carte complémentaire (sous forme papier) délivrée par la caisse de MSA.

La carte complémentaire devra être restituée à l'Institution dans les circonstances suivantes :

- en cas de résiliation du contrat, suite à la dénonciation de l'accord du 27 août 2009 ou suite au changement d'organisme assureur ;
- en cas d'utilisations abusives répétées du système ;
- si le participant ne remplit plus les conditions d'ouverture des droits requis au titre de la Mutualité Sociale Agricole obligatoire dont il relève ;
- et en tout état de cause en cas de départ de l'entreprise du participant.

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

— AUTRES PROFESSIONS DE SANTÉ

Dans les départements où des accords ont été conclus entre l'Institution, les caisses de MSA 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, la caisse de MSA délégataire délivre pour certains établissements, une prise en charge hospitalière.

Le participant n'a pas à avancer les frais pris en charge par la complémentaire Santé directement réglés par la caisse de MSA à

l'exclusion de tout dépassement d'honoraires et des frais accessoires (suppléments éventuels pour boissons, télévision, téléphone, etc...).

—

• 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 la caisse de MSA, tant pour les frais de séjour que pour les honoraires.

La prise en charge n'est donc pas délivrée :

- en clinique agréée non conventionnée ;
- pour les hospitalisations dites en secteur privé dans les Établissements publics ;
- en cas de défaut de prise en charge par la caisse de MSA pour le régime de base.

—

• Formalités administratives

Sur présentation du justificatif d'identification du participant, l'établissement hospitalier sollicite la prise en charge auprès de l'Institution. Lorsque les conditions requises sont remplies, l'Institution ou la caisse de MSA délégataire transmet un « bon de prise en charge » à l'établissement hospitalier.

De ce fait, aucune avance de fonds, à hauteur des garanties souscrites, n'est réclamée au participant –hormis les dépassements d'honoraires et autres frais accessoires (suppléments éventuels pour boissons,

téléphone, etc.) – et l'Institution se substitue au participant pour le règlement à l'établissement hospitalier, des frais laissés à la charge de l'intéressé.

Annexe 4 — Tableau des garanties - Socle

GARANTIES	Remboursements Régime de base (1)	Remboursements complémentaires Accord des ETARF Languedoc- Roussillon-Vaucluse (1)	Remboursements totaux (y compris Régime de Base) (1)
FRAIS MÉDICAUX			
■ Consultations, visites de médecins	70% BR	230% BR	300% BR
■ Consultations spécialistes	70% BR	230% BR	300% BR
■ Sages femmes	70% BR	230% BR	300% BR
■ Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, masseurs kinés, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	60% BR	40% BR	100% BR
■ Analyses, examens de laboratoire	60% BR	40% BR	100% BR
■ Radiologie, actes techniques (2)	70% BR	30% BR	100% BR
■ Actes de prévention responsables	35% à 70% BR	65% à 30% BR	100% BR
■ Médecines douces (acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie)	-	23 €/consultation dans la limite de 4 consultations/an/famille	23 €/consultation dans la limite de 4 consultations/an/famille
PHARMACIE			
■ Pharmacie prise en charge	15% - 30% - 65% BR	TM	100% BR
■ Pharmacie prescrite sans prise en charge du régime de base	-	40€ / an / famille	40€ / an / famille
■ Vaccins sans prise en charge du régime de base	-	40€ / an / famille	40€ / an / famille
APPAREILLAGE			
■ Prothèses auditives	60% BR	390% BR + crédit de 350€ / an / oreille (3)	450% BR + crédit de 350€ / an / oreille (3)
■ Prothèses et appareillages, dont orthopédie	60% - 100% BR	400% BR	460% - 500% BR
OPTIQUE			
■ Forfait monture + lentilles	60% BR	175 € / an	60% BR + 175 € / an
■ Forfait verres unifocaux	60% BR	182 € /paire, limité à une paire / an	60% BR + 182 € /paire, limité à une paire / an
■ Forfait verres progressifs et multifocaux	60% BR	350 € /paire, limité à une paire / an	60% BR + 350 € /paire, limité à une paire / an
■ Crédit optique	-	+ 50 euros la troisième année si pas de consommation les 2 années précédentes	+ 50 euros la troisième année si pas de consommation les 2 années précédentes

(1) uniquement en secteur conventionné 1 et 2, praticiens et/ou établissements ; (2) y compris actes de prévention responsables prévus par arrêté du 3 juin 2006 ; (3) limité à un équipement tous les 3 ans et un réglage par an ; (4) y compris frais de lit accompagnant en maison de parents ou structure hôtelière agréée par l'établissement hospitalier.

GARANTIES	Remboursements Régime de base (1)	Remboursements complémentaires Accord des ETARF Languedoc- Roussillon-Vaucluse (1)	Remboursements totaux (y compris Régime de Base) (1)
DENTAIRE			
■ Soins et honoraires	70% BR	30% BR	100% BR
■ Prothèses dentaires acceptées	70% BR	340% BR	410% BR
■ Inlays Core	70% BR	100% BR	170% BR
■ Forfait parodontologie	-	100 € / an	100 € / an
■ Forfait implantologie	-	200 € / an	200 € / an
■ Orthodontie acceptée	100% BR	250% BR	350% BR
POLYVALENTS			
■ Transport pris en charge (sauf cures thermales)	65% BR	100% FR	100% FR
■ Forfait actes lourds « 18 euros »	-	100% du forfait	100% du forfait
■ Forfait de confort en cas d'hospitalisation à domicile acceptée (HAD)	-	52 € / jour limité à 60 jours / an + forfait prestation de services limité à 400 € / an / famille	52 € / jour limité à 60 jours / an + forfait prestation de services limité à 400 € / an / famille
■ Cures thermales (frais balnéaires acceptés)	65% BR	35% BR + 150 € / an	100% BR + 150 € / an
HOSPITALISATION			
■ Frais de soins et séjour	80% - 100% BR	20% - 0% BR	100% BR
■ Honoraires	80% - 100% BR	400% BR	500% - 480 % BR
■ Forfait journalier hospitalier	-	100 % FR	100 % FR
■ Chambre particulière	-	78 € / jour limité à 60 jours / an	78 € / jour limité à 60 jours / an
■ Frais de lit accompagnant (4)	-	52 € / jour limité à 30 jours / an	52 € / jour limité à 30 jours / an
■ Forfait confort : frais de télévision et de téléphone	-	26 € / an	26 € / an
MATERNITÉ			
■ Frais de soins et séjour	60% BR	20% - 0% BR	100% BR
■ Honoraires	60% BR	200 % BR	300 % BR
■ Chambre particulière	60% BR	52 € / jour	52 € / jour
PSYCHIATRIE			
■ Frais de soins et séjour	80% - 100% BR	20% - 0% BR	100% BR
■ Honoraires	100% BR	200 % BR	300 % BR
■ Forfait journalier hospitalier	-	100 % FR limité à 30 jours / an	100 % FR limité à 30 jours / an

Annexe 4 —
Tableau des garanties - Socle et services

GARANTIES	Remboursements totaux (y compris Régime de Base) (1)	Services
FRAIS MÉDICAUX		
■ Consultations, visites de médecins	300% BR	Information par téléphone sur les adresses proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin.
■ Consultations spécialistes	300% BR	
■ Sages femmes	300% BR	
■ Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, masseurs kinés, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	100% BR	Information sur les laboratoires proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin.
■ Analyses, examens de laboratoire	100% BR	
■ Radiologie, actes techniques (2)	100% BR	
■ Actes de prévention responsables	100% BR	23 €/consultation dans la limite de 4 consultations/an/famille
■ Médecines douces (acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie)	23 € /consultation dans la limite de 4 consultations / an / famille	
PHARMACIE		
■ Pharmacie prise en charge	100% BR	4 portages de médicaments à domicile en cas d'immobilisation de plus de 5 jours.
■ Pharmacie prescrite sans prise en charge du régime de base	40 € / an / famille	
■ Vaccins sans prise en charge du régime de base	40 € / an / famille	Information sur le calendrier des vaccins.
APPAREILLAGE		
■ Prothèses auditives	450% BR + crédit de 350€ / an / oreille (3)	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une prothèse de remplacement en cas de perte.
■ Prothèses et appareillages, dont orthopédie	460% - 500% BR	Informations par téléphone pour trouver le matériel, organisation de la livraison.
OPTIQUE		
■ Forfait monture + lentilles	60% BR + 175 € / an	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une paire de lunettes de remplacement en cas de perte.
■ Forfait verres unifocaux	60% BR + 182 €/paire, limité à une paire / an	
■ Forfait verres progressifs et multifocaux	60% BR + 350 €/paire, limité à une paire / an	
■ Crédit optique	+ 50 euros la troisième année si pas de consommation les 2 années précédentes	

GARANTIES	Remboursements totaux (y compris Régime de Base) (1)	Services
DENTAIRE		
■ Soins et honoraires	100% BR	
■ Prothèses dentaires acceptées	410% BR	
■ Inlays Core	170% BR	
■ Forfait parodontologie	100 € / an	
■ Forfait implantologie	200 € / an	
■ Orthodontie acceptée	350% BR	
■ Orthodontie refusée	200 €	
POLYVALENTS		
■ Transport pris en charge (sauf cures thermales)	100% FR	Communication d'adresses d'ambulanciers et organisation de la course
■ Forfait actes lourds « 18 euros »	100% du forfait	
■ Forfait de confort en cas d'hospitalisation à domicile acceptée (HAD)	52 € / jour limité à 60 jours / an + forfait prestation de services limité à 400 € / an / famille	Communication d'adresses de prestataires à domicile. Organisation et prise en charge de 20 jours de prestations de service dans la limite de 30h / an / contrat
■ Cures thermales (frais balnéaires acceptés)	100% BR + 150 € / an	
HOSPITALISATION		
■ Frais de soins et séjour	100% BR	
■ Honoraires	500% - 480% BR	
■ Forfait journalier hospitalier	100 % FR	
■ Chambre particulière	78 € / jour limité à 60 jours / an	Remboursement complémentaire d'un éventuel reliquat sur les frais de lit d'accompagnant et de télévision d'accompagnant (+ 5 nuits supplémentaires, 60 € / nuit) et sur les frais de télévision (7 jours maxi). Remboursement des frais de transfert du téléphone du domicile sur le téléphone de la chambre
■ Frais de lit accompagnant (4)	52 € / jour limité à 30 jours / an	
■ Forfait confort : frais de télévision et de téléphone	26 € / an	
MATERNITÉ		
■ Frais de soins et séjour	100% BR	Information par téléphone sur la santé, vie quotidienne, diététique, hygiène, vaccins. Orientation vers organismes spécialisés
■ Honoraires	300% BR	
■ Chambre particulière	52 € / jour	
PSYCHIATRIE		
■ Frais de soins et séjour	100% BR	
■ Honoraires	300% BR	
■ Forfait journalier hospitalier	100% FR limité à 30 jours / an	

(1) uniquement en secteur conventionné 1 et 2, praticiens et/ou établissements ; (2) y compris actes de prévention responsables prévus par arrêté du 3 juin 2006 ; (3) limité à un équipement tous les 3 ans et un réglage par an ; (4) y compris frais de lit accompagnant en maison de parents ou structure hôtelière agréée par l'établissement hospitalier. **BR** : base de remboursement ; **FR** : Frais réels ; **TM** : Ticket Modérateur.

