



Santé

ENTREPRISE

# Accord National du 10 juin 2008 Régime Frais de santé

## Conditions générales

AGRI PRÉVOYANCE



Groupe AGRICA

<b>Titre 1 —</b>	<b>Dispositions générales</b>	<b>05</b>
	ARTICLE 1-1 COMPOSITION DU CONTRAT	05
	ARTICLE 1-2 OBJET DU CONTRAT	05
	ARTICLE 1-3 ORGANISMES ASSUREURS	05
	ARTICLE 1-4 DÉLÉGATION DE GESTION	05
	ARTICLE 1-5 PRESCRIPTION	05
	ARTICLE 1-6 RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE	05
	ARTICLE 1-7 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	05
	ARTICLE 1-8 RÉCLAMATIONS – MÉDIATION	05
<b>Titre 2 —</b>	<b>Exécution du contrat</b>	<b>06</b>
	ARTICLE 2-1 ADHÉSION DES ENTREPRISES AU CONTRAT	06
	ARTICLE 2-2 PRISE D'EFFET – DURÉE ET RÉVISION DU CONTRAT	06
	ARTICLE 2-3 GROUPE ASSURÉ	07
	ARTICLE 2-4 AFFILIATION ET ADMISSION DANS L'ASSURANCE DES PARTICIPANTS	07
	ARTICLE 2-5 CESSATION DE L'AFFILIATION	08
	ARTICLE 2-6 OBLIGATIONS DE L'INSTITUTION	08
	ARTICLE 2-7 OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE	09
	ARTICLE 2-8 OBLIGATIONS DU PARTICIPANT	09
<b>Titre 3 —</b>	<b>Cotisations</b>	<b>10</b>
	ARTICLE 3-1 MONTANT DES COTISATIONS	10
	ARTICLE 3-2 MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS	10
	ARTICLE 3-3 DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	10
<b>Titre 4 —</b>	<b>Garanties</b>	<b>11</b>
	ARTICLE 4-1 BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES	11
	ARTICLE 4-2 ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES	11
	ARTICLE 4-3 MONTANT DES GARANTIES	11
	ARTICLE 4-4 LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIES	11
	ARTICLE 4-5 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES	11
	ARTICLE 4-6 RÈGLEMENT DES PRESTATIONS ET CONTRÔLE	12
	ARTICLE 4-7 CESSATION DES GARANTIES	12
	ARTICLE 4-8 DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL SUPÉRIEURE À UN MOIS CIVIL	12
	ARTICLE 4-9 MAINTIEN DES GARANTIES	13
<b>Annexe 1 —</b>	<b>Définitions</b>	<b>16</b>
<b>Annexe 2 —</b>	<b>Service tiers payant</b>	<b>19</b>
<b>Annexe 3 —</b>	<b>Tableaux des garanties</b>	<b>20</b>

# Préambule

Par l'Accord National du 10 juin 2008 et ses avenants, les partenaires sociaux de la production agricole ont mis en place une protection sociale complémentaire en agriculture.

Cet accord instaurant un régime de prévoyance a été modifié par l'avenant n°3 du 9 juillet 2013. Il permet à tous les salariés non cadres de la production agricole (ne relevant pas de la Convention Collective du 2 avril 1952 et ne relevant pas de la caisse de retraite complémentaire des cadres en application des décisions de l'Agirc\*) de bénéficier d'un niveau minimal de protection sociale complémentaire harmonisé sur l'ensemble du territoire, à l'exception des départements d'outre-mer, en matière de garanties :

- décès ;
- incapacité temporaire et permanente de travail ;
- frais de santé.

L'avenant n° 3 du 9 juillet 2013, entrant en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2014, a pour objet la modification des taux de cotisation, après examen des résultats et la mise en conformité du régime avec la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

...

...

Les présentes Conditions générales intègrent les modifications de l'avenant n°3. AGRI PRÉVOYANCE et l'ANIPS ont été codésignés comme assureurs des garanties prévoyance et santé sur la base d'une répartition géographique et fixée selon le tableau ci-dessous.

ANIPS	AGRI PRÉVOYANCE en coassurance avec CRIA PRÉVOYANCE
<b>BASSE-NORMANDIE</b> ● Départements : 14 – 50 – 61	<b>ALSACE</b> ● Départements : 67 – 68
<b>BOURGOGNE</b> ● Départements : 21 – 58 – 71 – 89	<b>AQUITAINE</b> ● Départements : 24 – 33 – 47 – 40 – 64
<b>BRETAGNE</b> ● Départements : 22 – 29 – 35 – 56	<b>AUVERGNE</b> ● Départements : 03 – 63 – 15 – 43
<b>CENTRE</b> ● Départements : 18 – 28 – 36 – 37 – 41 – 45	<b>HAUTE-NORMANDIE :</b> ● Départements : 76 – 27
<b>CHAMPAGNE-ARDENNE</b> ● Départements : 08 – 10 – 51 – 52	<b>ILE-DE-FRANCE</b> ● Départements : 75 – 77 – 78 – 91 – 92 – 93 – 94 – 95
<b>CORSE</b> ● Départements : 2A – 2B	<b>LANGUEDOC-ROUSSILLON</b> ● Départements : 11 – 30 – 34 – 48 – 66
<b>FRANCHE-COMTÉ</b> ● Départements : 25 – 70 – 39	<b>LIMOUSIN</b> ● Départements : 23 – 19 – 87
<b>LORRAINE</b> ● Départements : 54 – 55 – 57 – 88	<b>NORD-PAS-DE-CALAIS</b> ● Départements : 59 – 62
<b>MIDI-PYRÉNÉES</b> ● Départements : 09 – 12 – 31 – 32 – 46 – 65 – 81 – 82	<b>PAYS-DE-LA-LOIRE</b> ● Départements : 44 – 49 – 53 – 72 – 85
<b>POITOU-CHARENTES</b> ● Départements : 16 – 17 – 79 – 86	<b>PICARDIE</b> ● Départements : 02 – 60 – 80
<b>PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR</b> ● Départements : 04 – 05 – 06 – 13 – 83 – 84	<b>RHÔNE-ALPES</b> ● Départements : 01 – 07 – 26 – 38 – 42 – 69 – 73 – 74

En fonction de la région dans laquelle se situe votre entreprise, AGRI PRÉVOYANCE ou l'ANIPS est l'assureur de votre régime.

Ce régime national est entré en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

Il est mis en œuvre, pour sa garantie santé, par le présent contrat.

# Titre 1 — Dispositions générales

## ARTICLE 1-1 Composition du contrat

Le contrat se compose des présentes Conditions générales et d'un certificat d'adhésion valant conditions particulières de l'entreprise.

## ARTICLE 1-2 Objet du contrat

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

Ce contrat, qui est régi par l'article L. 727-2-II du Code rural et par le LIVRE IX du Code de la Sécurité sociale, satisfait aux conditions exigées par les pouvoirs publics pour répondre aux définitions de **contrat solidaire et contrat responsable**.

## ARTICLE 1-3 Organismes assureurs

Les garanties du contrat sont assurées par AGRI PRÉVOYANCE, Institution de prévoyance apéritrice, et par CRIA PRÉVOYANCE, qui donne mandat de représentation à AGRI PRÉVOYANCE. Ces institutions sont régies par le Code rural et sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), dont le siège se situe au 61, rue Taitbout, 75009 Paris.

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

## ARTICLE 1-4 Délégation de gestion

Conformément aux dispositions de l'Accord National du 10 juin 2008 et de la convention de gestion le complétant conclue entre les partenaires sociaux, l'ANIPS et AGRI PRÉVOYANCE, la gestion administrative des adhésions, des affiliations, du recouvrement des cotisations et du paiement des prestations afférentes au présent contrat est déléguée **aux caisses de Mutualité Sociale Agricole (CMSA)** dont relèvent les entreprises adhérentes et les participants.

## ARTICLE 1-5 Prescription

**Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par 2 ans, à compter de la date de l'évènement, dans les**

**conditions prévues à l'article L. 932-13 du Code de la Sécurité sociale.**

## ARTICLE 1-6 Recours contre tiers responsable

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

## ARTICLE 1-7 Informatique et Libertés

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

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

## ARTICLE 1-8 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 de l'Institution 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 (santé).

Dès lors, l'Institution adresse un accusé de réception dans les 10 jours suivant la réception de la demande puis traite la réclamation dans un délai maximal de 2 mois.

Par suite, un recours peut être présenté par l'entreprise ou le participant auprès du Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), dont le siège se situe au 10, rue Cambacérés 75008 Paris.

## Titre 2 — Exécution du contrat

### ARTICLE 2-1 Adhésion des entreprises au contrat

Le caractère obligatoire de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat résulte de la signature de **l'Accord National du 10 juin 2008** et ses avenants par les partenaires sociaux et de son extension par le ministère chargé de l'Agriculture.

#### 1. CHAMP D'APPLICATION DE L'ACCORD

Entrent dans le champ d'application de l'Accord National du 10 juin 2008, et doivent donc adhérer au présent contrat :

- les entreprises exerçant sur le territoire métropolitain une des activités de production agricole visées à l'article L. 722-1, 1° (à l'exception de la conchyliculture, des rouisseurs teilleurs de lin, des centres équestres, entraîneurs de chevaux de course, champs de courses et des parcs zoologiques) ou une activité de travaux agricoles visée à l'article L. 722-1, 2° (à l'exception des entreprises du paysage), 3° (à l'exception de l'Office national des forêts), et 4° du Code rural, telles que définies aux articles 1 et 6 de l'Accord National ;
- les Coopératives d'Utilisation de Matériel Agricole.

Toutefois, par exception au champ d'application de l'accord, l'Institution ne couvre pas les salariés des entreprises relevant du 3° de l'article L. 722-1.

#### 2. ADHÉSION ET ANTÉRIORITÉ D'UN RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Conformément aux termes de l'Accord National du 10 juin 2008 et ses avenants, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne pas adhérer au présent contrat, les entreprises disposant déjà d'une assurance complémentaire santé d'un niveau supérieur à celui prévu par ledit contrat :

- **au 11 décembre 2008**, pour les régimes frais de santé mis en place par accords d'entreprise au sens de l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale ;
- **au 1<sup>er</sup> janvier 2010**, pour les régimes frais de santé mis en place par accords de branche ou conventionnels départementaux, régionaux ou nationaux.

En revanche, les entreprises ayant mis en place, préalablement à ces dates, un régime frais de santé de niveau égal ou inférieur selon les règles définies par l'Accord National du 10 juin 2008 doivent le résilier de manière à adhérer au présent contrat, à compter de la date de son entrée en vigueur.

Les régimes ayant pu être maintenus en vertu des dispositions qui précèdent devront être mis en conformité avec les dispositions de l'avenant n° 3 à l'Accord du 10 juin 2008, avant le 1<sup>er</sup> janvier 2015, et, en tout état de

cause, à la date fixée pour certaines dispositions par les textes légaux ou réglementaires, si celle-ci est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2015, dont notamment celles relatives au maintien des garanties dans le cadre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, issu de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

#### 3. MODALITÉS D'ADHÉSION DES ENTREPRISES

L'Institution délègue aux CMSA le soin de procéder à l'enregistrement de l'adhésion des entreprises entrant dans le champ d'application de l'Accord National du 10 juin 2008 et ne disposant pas déjà, au jour de la publication de l'arrêté d'extension dudit accord, d'un régime frais de santé antérieur d'un niveau supérieur, selon les règles définies par l'Accord National du 18 juin 2008 et ses avenants.

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

L'entreprise adhérente est informée de la prise en compte de son adhésion par la réception d'un certificat d'adhésion valant conditions particulières.

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

#### 1. PRISE D'EFFET

Le contrat prend effet :

- le jour de l'entrée en vigueur de l'Accord National du 10 juin 2008, **soit le 1<sup>er</sup> janvier 2010**, lorsque l'entreprise entre, à cette date, dans le champ d'application de l'Accord National du 10 juin 2008 et qu'elle ne dispose pas d'un régime frais de santé antérieur d'un niveau supérieur à celui prévu par le présent contrat ;
- dès le 1<sup>er</sup> jour de son entrée dans le champ d'application de l'Accord National du 10 juin 2008 et ses avenants, notamment en cas de création d'entreprise postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2010 ;
- le cas échéant, dès le 1<sup>er</sup> jour qui suit la prise d'effet de la résiliation du contrat d'assurance frais de santé préexistant qui constituait jusqu'alors une dérogation d'adhésion, conformément aux dispositions de l'article 2-1.

Le certificat d'adhésion adressé à l'entreprise adhérente précise la prise d'effet de son adhésion.

#### 2. DURÉE

L'adhésion de l'entreprise au présent contrat étant rendue obligatoire par l'Accord National du 10 juin 2008, les seuls cas de cessation de l'adhésion sont :

- le changement d'organisme assureur décidé par les partenaires sociaux ;

- la dénonciation de l'Accord National du 10 juin 2008 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 l'Accord National du 10 juin 2008.

### 3. RÉVISION DES GARANTIES OU DES COTISATIONS

Les dispositions du présent contrat sont établies en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur, à la date de signature de l'avenant n° 3 à l'Accord National du 10 juin 2008, notamment de celles applicables au régime de base en ce qui concerne les bases et taux de remboursement.

En cas de changement de celles-ci, postérieurement à cette date, nécessitant une modification des dispositions du présent contrat, notamment lorsque la révision est motivée par la nécessité de conserver au contrat son caractère responsable, une concertation devra être engagée avec le Conseil paritaire de surveillance de l'Accord National du 10 juin 2008 et, le cas échéant, faire l'objet d'un avenant audit accord. 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 procéder, si les résultats du régime devenaient déficitaires, après concertation et conclusion d'un avenant par les partenaires sociaux de l'Accord National du 10 juin 2008, à une révision tarifaire ou à une diminution des garanties.

Toute taxe ou contribution qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite, pourrait, après concertation avec le Conseil paritaire de surveillance et conclusion d'un avenant par les partenaires sociaux de l'Accord National du 10 juin 2008, être mise à la charge de l'entreprise adhérente et/ou des participants et payable en même temps que la cotisation.

### ARTICLE 2-3 Groupe assuré

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

Le groupe assuré est constitué par l'ensemble des participants non cadres (ne relevant pas de la Convention Collective du 2 avril 1952 et ne relevant pas de la caisse de retraite complémentaire des cadres en application des

décisions de l'Agirc\*) des entreprises adhérentes, justifiant de **6 mois d'ancienneté et plus dans leur entreprise**.

La condition d'ancienneté est réputée acquise le 1<sup>er</sup> jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert cette ancienneté de 6 mois.

Dans le cas du passage d'un contrat à durée déterminée (CDD) à un contrat à durée indéterminée (CDI), l'ancienneté est calculée à partir de sa date d'embauche en CDD.

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

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

#### 1. PRINCIPE : AFFILIATION OBLIGATOIRE DES PARTICIPANTS

Sous réserve des cas de dispense d'affiliation expressément prévus dans l'Accord National du 10 juin 2008 et visés au paragraphe ci-dessous, l'ensemble des salariés présents et futurs constituant le groupe assuré, y compris ceux dont le contrat de travail est suspendu et ceux bénéficiant des dispositions applicables en matière de cumul emploi/retraite, **doit être obligatoirement affilié au présent contrat**.

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

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

- à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat, 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<sup>er</sup> jour du mois civil au cours duquel les conditions nécessaires pour entrer dans le groupe assuré sont satisfaites, notamment lorsque le salarié est engagé postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat.

#### Cas particulier

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

\*Association générale des institutions de retraite des cadres.

## 2. DÉROGATION : CAS DE DISPENSE D’AFFILIATION

Le salarié appartenant au groupe assuré peut choisir de ne pas être affilié au contrat dès lors qu’il relève de l’une des situations suivantes :

- s’il est couvert par une assurance complémentaire frais de santé d’un niveau de prestations au moins équivalent, en qualité d’ayant droit de son conjoint, concubin ou partenaire d’un pacte civil de solidarité, en application d’un accord collectif obligatoire pour lui. La dispense d’affiliation prend fin en cas de modification de la qualité d’ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l’attestation, de diminution des prestations à un niveau inférieur à celles fixées par le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié ;
- s’il bénéficie de la CMU-C ou, temporairement, de l’aide à l’acquisition d’une complémentaire santé visée à l’article L. 863-1 du Code de la Sécurité sociale, jusqu’à l’échéance du contrat individuel ;
- s’il bénéficie d’une couverture obligatoire du fait d’une autre activité exercée simultanément ;
- s’il est salarié à temps partiel, dès lors que la cotisation santé à sa charge est égale ou supérieure à 10 % de sa rémunération brute. En cas d’augmentation de la rémunération du salarié à temps partiel, notamment du fait de l’augmentation de sa durée de travail, si la cotisation santé représente moins de 10 % de sa rémunération brute de façon pérenne (calcul sur 12 mois continus), il devra alors cotiser obligatoirement à la complémentaire santé ;
- s’il est salarié en contrat à durée déterminée ou apprenti, ayant au moins 6 mois d’ancienneté et moins de 12 mois d’ancienneté.

Au jour de l’entrée en vigueur de l’avenant n°3 du 9 juillet 2013 à l’Accord National du 10 juin 2008, les salariés à temps partiel ou en contrat à durée déterminée ayant entre 6 et 12 mois d’ancienneté doivent faire leur demande d’exclusion par écrit adressée à leur employeur, avant la fin du 1<sup>er</sup> mois d’application dudit avenant.

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

La demande d’exclusion doit être faite par écrit à l’employeur, au plus tard avant la fin du 1<sup>er</sup> mois qui suit celui de l’obtention de la condition de 6 mois d’ancienneté. Dans les cas de dispense d’affiliation précités, les

cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l’entreprise adhérente.

Le salarié qui ne remplit plus les conditions requises à la dispense d’affiliation doit en informer l’entreprise adhérente. Il doit alors obligatoirement être affilié au présent contrat, à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant.

### ARTICLE 2-5

## Cessation de l’affiliation

L’affiliation du participant au présent contrat cesse :

- le dernier jour du mois au cours duquel il cesse d’appartenir au groupe assuré visé à l’article 2-3 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. À cette date, le participant licencié ou invalide pourra demander le maintien de ses garanties dans les conditions définies à l’article 4-9 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. À cette date, tout participant retraité, en faisant la demande, pourra contracter un contrat proposé à titre individuel, dans les conditions définies à l’article 4-9, 2 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 – 8, 2 ci-après.

### ARTICLE 2-6

## Obligations de l’Institution

L’Institution s’engage à :

- établir et mettre à la disposition de l’entreprise adhérente une Notice d’information détaillée, qui définit notamment les garanties prévues par le contrat et les modalités d’application ;
- informer les participants, dans les 2 mois suivants, selon le cas :
  - la date de rupture de leur contrat de travail,
  - la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité,

des conditions dans lesquelles ils peuvent bénéficier du maintien des garanties sous forme de contrat individuel, prévues à l’article 4-9 des présentes Conditions générales.

## ARTICLE 2-7 Obligations de l'entreprise adhérente

### 1. À L'ÉGARD DU PARTICIPANT

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

- mettre à la disposition de 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.

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

### 2. À 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 CMSA relatives à l'application du contrat ;
- à fournir à la CMSA les éléments nécessaires à la gestion du présent contrat, notamment les entrées et les sorties du personnel ainsi que la liste des salariés ayant demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation ;
- à informer l'Institution dès que le contrat de travail d'un participant est suspendu, en précisant la date de suspension et sa durée ;
- à prévenir la CMSA, dans un délai de 10 jours, lorsque des participants sortent du groupe assurés, et qu'ils réunissent les conditions pour bénéficier du maintien des garanties sous forme de contrat individuel.

## ARTICLE 2-8 Obligations du participant

Chaque participant s'oblige :

- à accepter le précompte des cotisations ;
- à fournir à l'Institution et à la CMSA les renseignements nécessaires à l'établissement de ses droits et obligations soit par l'intermédiaire de l'entreprise adhérente, soit directement en cas de maintien des garanties sous forme de contrat individuel, dans les conditions prévues à l'article 4-9.

## Titre 3 — Cotisations

### ARTICLE 3-1 Montant des cotisations

Les garanties du présent contrat sont accordées aux participants moyennant le paiement d'une cotisation fixée en pourcentage du plafond annuel de la Sécurité sociale.

**1. Employeurs ayant une activité définie** à l'article L. 722-1, 1<sup>o</sup> (à l'exception des rouisseurs et tailleurs de lin, des centres équestres, entraîneurs de chevaux de course, champs de courses et parcs zoologiques) et 4<sup>o</sup> du Code rural, ou une activité de travaux agricoles visée à l'article L. 722-1, 2<sup>o</sup> (à l'exception des entreprises du paysage), ainsi que les coopératives d'utilisation de matériel agricole :

→ **1,12% du montant du plafond annuel de la Sécurité sociale** pour les entreprises métropolitaines, hors départements du Haut-Rhin, Bas-Rhin et Moselle.

**2. Employeurs d'Alsace et de Moselle** ayant une activité définie à l'article L. 722-1, 1<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup>, entreprises de travaux agricoles visées à l'article L. 722-1, 2<sup>o</sup> (à l'exception des entreprises du paysage), ainsi que les coopératives d'utilisation de matériel agricole :

→ **0,60% du montant du plafond annuel de la Sécurité sociale.**

Ces taux de cotisation, intégrant le coût de la portabilité, sont applicables pour l'exercice 2014 dans le cadre de la réglementation en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2014.

Ces pourcentages seront ensuite indexés en fonction de l'indice national moyen sur les 3 dernières années de la consommation médicale totale pour maintenir l'équilibre, sauf si les résultats du régime et l'évolution de la réglementation ne justifient pas une telle indexation.

### ARTICLE 3-2 Modalités de paiement des cotisations

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

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

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

### 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 4-9, 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.

## Titre 4 — Garanties

### ARTICLE 4-1 Bénéficiaires des garanties

Les garanties sont accordées **au seul participant, dans la mesure où il bénéficie de droits ouverts au titre des prestations en nature du régime de base**, à l'exclusion de l'ensemble des membres de sa famille, y compris ceux ayant la qualité d'ayant droit au titre de la Mutualité Sociale Agricole.

### ARTICLE 4-2 Entrée en vigueur des garanties

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.

### ARTICLE 4-3 Montant des garanties

Les montants des remboursements garantis par le présent contrat **correspondent à ceux prévus par l'Accord National du 10 juin 2008 modifié par le dernier avenant**. Ces remboursements s'effectuent poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la Classification Commune des Actes Médicaux, **dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues aux tableaux des garanties figurant en annexe 3**.

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, dans le cadre du dispositif des contrats responsables.

### ARTICLE 4-4 Limites et exclusions de garanties

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

- les frais engagés au titre d'actes exécutés avant la date d'entrée en vigueur des garanties ou après la cessation des garanties ;
- les frais ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale ;
- les frais n'ouvrant pas droit aux prestations en nature de la MSA au titre de l'Assurance Maladie ou Maternité, sauf exceptions prévues au tableau des garanties figurant en annexe 3.

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

### 2. LIMITES LIÉES AUX ACTES OU AUX FRAIS

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

- la participation fixée à l'article R. 322-8 du Code de la Sécurité sociale (forfait de 18 euros) ;
- les frais d'implantologie ou de parodontologie ;
- 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 le remboursement de ses frais en s'adressant à l'organisme de son choix.

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

### ARTICLE 4-5 Étendue territoriale des garanties

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

Pour ces frais engagés en dehors du territoire français, les remboursements de l'Institution sont déterminés et limités

à la prestation qu'elle aurait versée après intervention du régime social de base.

#### ARTICLE 4-6 Règlements des prestations et contrôle

Les prestations prévues au présent contrat sont réglées **directement par la CMSA** du participant, seul interlocuteur pour le remboursement de ses frais de santé au titre du régime de base et du régime mis en place via l'Accord National du 10 juin 2008.

**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 du contrôle d'un praticien effectué après un remboursement, l'Institution de prévoyance se réserve le droit de récupérer toutes prestations indûment réglées au participant.**

#### ARTICLE 4-7 Cessation des garanties

Les garanties du présent contrat prennent fin pour chaque participant :

- 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. À cette date, le participant licencié ou invalide pourra demander le maintien de ses garanties dans les conditions définies à l'article 4-9 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. À cette date, tout participant retraité, en faisant la demande, pourra contracter un contrat proposé à titre individuel, dans les conditions définies à l'article 4-9, 2 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 4-8, 2 ci-après.

#### ARTICLE 4-8 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 :

→ **Suspension du contrat de travail pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales (motif non lié à une maladie, à la maternité ou à un accident), avec versement de salaire total ou partiel par l'entreprise adhérente.**

L'affiliation au contrat est maintenue à compter du premier jour du mois qui suit la date de suspension du contrat 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 : mêmes prestations et mêmes cotisations appelées à l'employeur.

→ **Suspension du contrat de travail pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales (motif non lié à une maladie, à la maternité ou à un accident), sans versement de salaire total ou partiel par l'entreprise adhérente.**

Le salarié bénéficie des garanties complémentaires frais de santé pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat, sans versement de cotisation.

Après cette période, il peut pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'Institution, à souscrire à titre individuel à la garantie en s'acquittant directement de la cotisation globale.

→ **Suspension du contrat de travail pour maladie, accident (toutes origines) ou pour maternité donnant lieu à versement d'indemnités journalières ou complément de salaire.**

En cas d'arrêt de travail pour maladie, accident ou maternité pris en charge par la MSA et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties sont maintenues, sans versement de cotisation, pour tout mois complet civil d'absence. Ce maintien de garanties cesse, au plus tard, dans les conditions de l'article 2-5. Si l'absence est **inférieure à un mois**, la cotisation est due intégralement et les garanties sont maintenues.

**ARTICLE 4-9** **Maintien des garanties****1. SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL D'UNE DURÉE SUPÉRIEURE À UN MOIS CIVIL, SANS VERSEMENT DE SALAIRE PAR L'ENTREPRISE ADHÉRENTE**

En application de l'Accord National du 10 juin 2008 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.

**2. RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL : MAINTIEN SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL (ARTICLE 4 DE LA LOI ÉVIN)**

En application de la loi 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Évin », et selon les termes de l'Accord National du 10 juin 2008, les participants dont le contrat de travail est rompu et qui répondent à l'une des conditions visées ci-dessous, pourront demander le maintien de leurs garanties collectives dans le cadre d'une adhésion à un contrat individuel, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire :

- être bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- être privés d'emploi et bénéficier d'un revenu de remplacement ;
- avoir un contrat de travail rompu et être bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité et percevoir à ce titre des prestations en espèces de la CMSA.

À l'issue de la cessation des garanties ou d'une période de maintien au titre de la portabilité, déclarée à l'Institution, celle-ci adressera aux participants considérés répondant aux définitions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, une proposition de maintien de la couverture complémentaire santé, au plus tard dans un

délai de 2 mois à compter de la cessation de la période de maintien des garanties à titre temporaire dans les conditions prévues ci-dessus.

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à l'Institution, au plus tard, 6 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.

**3. MAINTIEN DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ AU TITRE DE LA PORTABILITÉ**

En cas de cessation du contrat de travail non consécutive à une faute lourde, les anciens salariés bénéficient du maintien de la garantie frais de santé prévue par le présent contrat en application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, et ce, pour toute notification de rupture intervenue à compter du 1<sup>er</sup> juin 2014.

Le bénéfice du maintien de la garantie frais de santé est acquis, sans versement de cotisation, durant la période de portabilité, le financement de ce maintien étant inclus dans la cotisation des actifs.

**BÉNÉFICIAIRES**

Continuent à bénéficier de la garantie frais de santé qui les couvrait en tant qu'actifs les anciens salariés de l'entreprise adhérente, dont le contrat de travail a été rompu et remplissant les conditions suivantes :

- être indemnisés par le régime de l'assurance chômage ;
- avoir été affiliés et ouvrir droit à la garantie frais de santé avant la rupture de leur contrat de travail.

**OUVERTURE ET DURÉE DES DROITS À PORTABILITÉ**

L'ancien salarié a acquis la possibilité de se 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 son contrat de travail.

La durée du maintien de la garantie frais de santé est égale à la durée du dernier contrat de travail de l'ancien salarié ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail de l'intéressé lorsqu'ils sont consécutifs dans l'entreprise adhérente.

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

#### **OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE**

L'entreprise adhérente doit informer l'Institution de la cessation du contrat de travail du salarié susceptible d'ouvrir droit à la portabilité de la garantie frais de santé, dans les 10 jours suivant la date de cessation de son contrat de travail, ainsi que de la durée maximale de ce maintien.

#### **OBLIGATIONS DE L'ANCIEN SALARIÉ**

L'ancien salarié doit justifier auprès d'AGRI PRÉVOYANCE, à l'ouverture ainsi qu'au cours de la période de portabilité, qu'il remplit les conditions requises.

À ce titre, l'ancien salarié doit fournir une copie de son certificat de travail et de l'attestation de prise en charge par l'assurance chômage.

Chaque mois, l'ancien salarié doit adresser une copie des attestations de paiement de Pôle emploi.

L'ancien salarié doit informer AGRI PRÉVOYANCE de la cessation du versement des allocations chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité.

#### **PRESTATIONS**

Les prestations de la garantie frais de santé pour les bénéficiaires de la portabilité sont identiques à celles définies par le présent contrat pour les salariés en activité. Toute modification de ces prestations intervenant au cours de la période de portabilité est applicable aux bénéficiaires du maintien de la garantie frais de santé.

#### **CESSATION DE LA PORTABILITÉ**

Le maintien de la garantie frais de santé cesse, au plus tard, 12 mois après la date de rupture de son contrat de travail et, en tout état de cause :

- à la fin de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit si elle est inférieure à 12 mois ;
- à la date de reprise d'une activité professionnelle par l'ancien salarié ;
- à la date de cessation du versement des allocations chômage ;
- en cas de résiliation du présent contrat ;
- à la date de liquidation de la pension d'assurance vieillesse du régime de base, y compris pour inaptitude au travail.

—  
En cas de changement d'organisme assureur, le nouvel assureur doit prendre en charge les bénéficiaires de la portabilité, à compter de la date d'effet du nouveau contrat collectif.



# Annexe 1 — Définitions

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

**AN (PAR AN) :** la mention « par an » utilisée dans le libellé des dispositions contractuelles signifie « par année civile ».

**AUXILIAIRES MÉDICAUX :** professionnels paramédicaux (à savoir, principalement, les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues...) dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par le régime obligatoire de protection sociale.

**Synonyme :** professionnels paramédicaux.

## BASE DE REMBOURSEMENT

**(BR) :** tarif servant de référence au régime obligatoire de protection sociale pour déterminer le montant de son remboursement. On distingue :

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

Il est précisé que lorsque les frais sont engagés à l'étranger, le remboursement de l'Institution est déterminé en fonction de la base de remboursement de la Mutualité Sociale Agricole.

**Synonymes :** base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

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

**CONTRAT SOLIDAIRE :** contrat santé dont les cotisations ne sont pas déterminées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

**CRÉDIT :** somme utilisable en une ou plusieurs fois, jusqu'à épuisement au cours de l'année civile.

## DEVIS :

### → Devis établi par les professionnels de santé

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

### → Devis établi par l'Institution au titre du présent contrat

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

**FRAIS RÉELS :** 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 de 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 de 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 SANTÉ :** frais médicaux, dentaires, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation engagés par un assuré.

**HOSPITALISATION :** séjour dans un établissement de santé (public ou privé), en vue du traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

**MALADIE :** toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

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

**MÉDECIN TRAITANT :** médecin généraliste ou spécialiste choisi par l'assuré social ou par chaque ayant droit âgé de 16 ans ou plus, dont le nom est communiqué à l'organisme gestionnaire du régime obligatoire de protection sociale de chacun des intéressés.

Il assure le premier niveau de recours aux soins en prenant directement en charge les soins courants du patient, ainsi qu'une prévention personnalisée. Dans le cadre du parcours de soins, il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient également à jour le dossier médical du patient.

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

**MÉDECIN CORRESPONDANT :** médecin intervenant en coordination avec le médecin traitant.

Il garantit le second niveau de recours au système de soins, notamment l'accès aux soins les plus spécialisés, en répondant aux sollicitations du médecin traitant et en recevant les patients qui lui sont adressés dans des délais compatibles avec leur état de santé.

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

**NOMENCLATURE :** les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale et les conditions de leur remboursement.

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

**PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS :** circuit que les patients doivent respecter (hors hospitalisation) pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursés normalement, sans application de sanctions. Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un régime obligatoire de protection sociale âgés de plus de 16 ans.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**PARTICIPANT :** membre du personnel salarié de l'entreprise adhérente appartenant à la catégorie bénéficiaire définie au contrat.

**PLAFOND ANNUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE :** salaire annuel plafonné utilisé pour le calcul des cotisations sociales de base.

**RÉGIME OBLIGATOIRE DE PROTECTION SOCIALE :** régime obligatoire de Sécurité sociale ou Mutualité sociale agricole ou tout autre régime spécial légalement obligatoire de garanties sociales de salariés et, éventuellement, le régime de Sécurité sociale des travailleurs non salariés pour le conjoint, partenaire ou concubin du participant, ou le régime de la Sécurité sociale des étudiants pour les enfants à charge.

**SOINS DE VILLE :** ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé, en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médicosociaux.

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

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

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

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

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

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

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

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

**Synonyme :** dispense d'avance des frais.

—

Les définitions ci-dessus ont pour but d'aider les personnes assurées par le contrat à mieux comprendre les garanties dont elles 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 — 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 CMSA.

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

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

**En cas de refus de médicaments génériques par le participant, ce dernier ne bénéficie pas du tiers payant, comme stipulé à l'article 162-16-7 du Code de la Sécurité sociale.**

La CMSA 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 CMSA.

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

- en cas de résiliation du contrat, à la suite de la dénonciation de l'Accord National du 10 juin 2008 ou du 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 CMSA 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 CMSA 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 CMSA 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 les CMSA, 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 CMSA 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 CMSA 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 3 — Tableaux des garanties

### Régime hors Alsace-Moselle

(en % de la base de remboursement Sécurité sociale)

Nature des frais	Remboursement complémentaire
<b>Frais médicaux</b>	
● Consultations, visites de médecins généralistes ou spécialistes	30 % BR
● Sages-femmes	30 % BR
● Auxiliaires médicaux : soins infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	40 % BR
● Analyses, examens de laboratoire	40 % BR
● Radiographie, électroradiologie	30 % BR
● Actes de prévention responsable	De 30 % à 65 % BR
<b>Pharmacie</b>	
● Pharmacie remboursée par le régime de base (de 15 % à 100 %)	De 0 % à 85 % BR
<b>Optique</b>	
● Montures, verres, lentilles, pris en charge par le régime de base	395 % BR + un crédit de 200 €/an et par bénéficiaire
<b>Dentaire</b>	
● Frais de soins	30 % BR
● Prothèses dentaires (remboursées par le régime de base)	140 % BR + un crédit de 300 €/an et par bénéficiaire
<b>Appareillage</b>	
● Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives	0 % ou 40 % BR
<b>Hospitalisation (secteur conventionné ou non)</b>	
● Frais de soins et de séjour	0 % ou 20 % BR
● Dépassement d'honoraires	150 % BR
● Chambre particulière	25 €/jour sans limite de durée
● Forfait hospitalier	100 % des frais réels dès le 1 <sup>er</sup> jour
<b>Maternité (secteur conventionné ou non)</b>	
● Frais de soins et de séjour	–
● Dépassement d'honoraires et chambre particulière	crédit de 1/3 PMSS/bénéficiaire/maternité
<b>Divers</b>	
● Transport pris en charge par le régime de base	35 % BR

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale. Il est de 3 129 € pour 2014.

## Régime Alsace-Moselle

(en % de la base de remboursement Sécurité sociale)

Nature des frais	Remboursement complémentaire
<b>Frais médicaux</b>	
● Consultations, visites de médecins généralistes ou spécialistes	10 % BR
● Sages-femmes	10 % BR
● Auxiliaires médicaux : soins infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	10 % BR
● Analyses, examens de laboratoire	10 % BR
● Radiographie, électroradiologie	10 % BR
● Actes de prévention responsable	10 % BR
<b>Pharmacie</b>	
● Pharmacie remboursée par le régime de base (de 15 % à 100 %)	De 10 % à 20 % BR
<b>Optique</b>	
● Montures, verres, lentilles, pris en charge par le régime de base	365 % BR + un crédit de 200 €/an et par bénéficiaire
<b>Dentaire</b>	
● Frais de soins	10 % BR
● Prothèses dentaires (remboursées par le régime de base)	120 % BR + un crédit de 300 €/an et par bénéficiaire
<b>Appareillage</b>	
● Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives	0 % à 10 % BR
<b>Hospitalisation (secteur conventionné ou non)</b>	
● Frais de soins et de séjour	–
● Dépassement d'honoraires	150 % BR
● Chambre particulière	25 €/jour sans limite de durée
● Forfait hospitalier	100 % des frais réels dès le 1 <sup>er</sup> jour
<b>Maternité (secteur conventionné ou non)</b>	
● Frais de soins et de séjour	–
● Dépassement d'honoraires et chambre particulière	crédit de 1/3 PMSS/ bénéficiaire/maternité
<b>Divers</b>	
● Transport pris en charge par le régime de base	–

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale. Il est de 3 129 € pour 2014.





