



Santé

SALARIÉS

Accord National du 10 juin 2008 Régime Frais de santé

Notice d'information

AGRI PRÉVOYANCE



Groupe AGRICA

| | | |
|-------------------|---|-----------|
| Titre 1 — | Présentation du régime assurance complémentaire frais de santé et du contrat le mettant en œuvre | 04 |
| | ARTICLE 1-1 OBJET | 4 |
| | ARTICLE 1-2 DURÉE | 4 |
| | ARTICLE 1-3 AFFILIATION ET PRISE D'EFFET | 4 |
| | ARTICLE 1-4 RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE | 5 |
| | ARTICLE 1-5 PRESCRIPTION | 5 |
| | ARTICLE 1-6 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS | 5 |
| | ARTICLE 1-7 RÉCLAMATIONS – MÉDIATION | 5 |
| Titre 2 — | Votre garantie frais de santé | 06 |
| | ARTICLE 2-1 OBJET | 6 |
| | ARTICLE 2-2 BÉNÉFICIAIRES | 6 |
| | ARTICLE 2-3 ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE | 6 |
| | ARTICLE 2-4 MONTANT DE LA GARANTIE | 6 |
| | ARTICLE 2-5 LIMITES ET EXCLUSIONS DE LA GARANTIE | 6 |
| | ARTICLE 2-6 ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE | 7 |
| | ARTICLE 2-7 RÈGLEMENT DES PRESTATIONS | 7 |
| | ARTICLE 2-8 CONTRÔLE | 7 |
| | ARTICLE 2-9 CESSATION DE LA GARANTIE | 7 |
| | ARTICLE 2-10 DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL SUPÉRIEURE À UN MOIS CIVIL | 7 |
| | ARTICLE 2-11 MAINTIEN DE LA GARANTIE | 8 |
| Titre 3 — | Services de tiers payant | 10 |
| Annexe 1 — | Tableaux des garanties | 11 |
| Annexe 2 — | Extension famille individuelle facultative | 13 |
| Annexe 3 — | Quelques mots clés de votre régime | 14 |
| Annexe 4 — | Vos contacts | 17 |

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 :

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

L'avenant n° 3 du 9 juillet 2013, entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2014, a pour objet la modification du 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.

Ce régime est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2010 et est mis en œuvre par AGRI PRÉVOYANCE (21, rue de la Bienfaisance, 75382 PARIS Cedex 08), ci-après dénommée l'Institution, dans le cadre d'un contrat collectif assurance complémentaire frais de santé :

- à adhésion obligatoire pour l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de l'Accord National du 10 juin 2008 et ses avenants ;
- à affiliation obligatoire pour l'ensemble des salariés non cadres de ces entreprises, justifiant de 6 mois d'ancienneté au titre de leur contrat de travail en cours.

Les remboursements et prestations prévus au titre de ce contrat correspondent à ceux prévus par l'Accord National du 10 juin 2008 et ses avenants.

La présente notice a pour objet de vous présenter les garanties de l'assurance complémentaire frais de santé prévues par l'Accord National du 10 juin 2008.

Elle se compose de trois titres et de plusieurs annexes.

- Le titre 1 présente le régime de l'Accord National, ainsi que le contrat « frais de santé » qui le met en œuvre .
- Le titre 2 décrit vos garanties frais de santé.
- Le titre 3 expose les services de tiers payant mis à votre disposition.
- Les annexes vous indiquent :
 - vos remboursements santé dans un tableau des garanties ;
 - la possibilité d'étendre à titre individuel le bénéfice de votre assurance complémentaire frais de santé à vos ayants droit ;
 - la définition des mots clés de votre régime ;
 - vos contacts.

* Association générale des institutions de retraite des cadres.

Titre 1 — Présentation du régime assurance complémentaire frais de santé et du contrat le mettant en œuvre

ARTICLE 1-1 Objet

Le régime assurance complémentaire frais de santé mis en place par les partenaires sociaux de la production agricole vous garantit, dans les conditions exposées ci-après, **le remboursement total ou partiel des dépenses de santé** engagées pour votre compte en complétant acte par acte les prestations versées par le régime de base, dans la limite des frais réellement engagés.

Ce régime est mis en œuvre par l'Institution dans le cadre d'un contrat collectif assurance complémentaire frais de santé auquel votre employeur adhère.

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

ARTICLE 1-2 Durée

Le contrat collectif assurance complémentaire frais de santé auquel vous êtes affilié s'impose à votre employeur, tant pour ce qui est de son obligation d'adhérer que pour le contenu des garanties, ou encore de sa gestion par AGRI PRÉVOYANCE.

En conséquence, ce contrat ne peut être remis en cause que dans les situations suivantes :

- changement d'activité ou du lieu du siège social faisant sortir votre entreprise du champ d'application de l'Accord National du 10 juin 2008 ;
- cessation d'activité de votre entreprise ;
- décision des partenaires sociaux signataires de l'Accord National du 10 juin 2008.

ARTICLE 1-3 Affiliation et prise d'effet

1. PRINCIPE : AFFILIATION OBLIGATOIRE

Vous devez être obligatoirement affilié au contrat frais de santé mettant en œuvre ce régime, **dès lors que vous êtes présent dans l'entreprise depuis au moins 6 mois**. Toutefois, dans le cas d'un contrat à durée déterminée (CDD) précédant un contrat à durée indéterminée (CDI) dans la même entreprise, les 6 mois d'ancienneté sont calculés à partir de votre date d'embauche en CDD.

Votre affiliation au contrat frais de santé prend effet :

- à la date de prise d'effet de l'adhésion de votre entreprise au contrat, si vous êtes, à cette même date, salarié non cadre justifiant de l'ancienneté requise.

- à défaut, dès le 1^{er} jour du mois civil au cours duquel vous atteignez cette condition d'ancienneté.

Le contrat ne prévoit aucun délai de carence : **vous êtes donc couvert par ledit contrat dès le premier jour de prise d'effet de votre affiliation**.

2. DÉROGATION : CAS DE DISPENSES D'AFFILIATION

Par dérogation, vous pouvez choisir de ne pas être affilié au contrat dès lors que vous vous trouvez dans l'une des situations suivantes :

- vous bénéficiez d'une assurance complémentaire frais de santé d'un niveau de prestations au moins équivalent, en qualité d'ayant droit de votre conjoint, concubin ou partenaire d'un pacte civil de solidarité (PACS), en application d'une convention ou d'un accord collectif obligatoire pour lui. La dispense d'affiliation prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit de votre conjoint, 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 votre demande ;
- vous bénéficiez de la CMU complémentaire, 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, temporairement, jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- vous bénéficiez d'une couverture obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément ;
- vous êtes salarié à temps partiel ayant au moins 6 mois d'ancienneté et la cotisation santé à votre charge est égale ou supérieure à 10 % de votre rémunération brute. En cas d'augmentation de votre rémunération, notamment du fait de l'augmentation de votre durée de travail, si la cotisation santé représente moins de 10 % de votre rémunération brute de façon pérenne (calcul sur 12 mois continus), vous devez alors cotiser obligatoirement à la complémentaire santé ;
- vous êtes salarié en contrat à durée déterminée ou apprenti et vous totalisez 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, si vous êtes salarié à temps partiel ou en contrat à durée déterminée ayant entre 6 et 12 mois d'ancienneté, vous devez faire votre demande d'exclusion par écrit, adressée à votre employeur avant la fin du 1^{er} 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 écrite de votre part, adressée à votre employeur avant la fin du mois qui suit celui au titre duquel vous avez acquis l'ancienneté de 6 mois.

—

Votre demande doit être accompagnée des justificatifs attestant de votre situation.

Vous devrez produire chaque année ces justificatifs. À défaut, vous serez affilié au contrat, et la cotisation sera due. Dans les cas de dispense d'affiliation, les cotisations ne sont dues ni par vous ni par votre employeur.

Si vous ne remplissez plus les conditions requises à la dispense d'affiliation, vous devez en informer votre employeur. Vous serez alors obligatoirement affilié au contrat, à compter du premier jour du mois civil suivant.

ARTICLE 1-4 Recours contre tiers responsable

—

Le recours contre tiers responsable est la procédure engagée à l'encontre d'un « tiers responsable » d'un accident (accident de la circulation, accident domestique, agression, etc.), en vue du remboursement de tous les frais exposés à la suite de l'accident.

L'Institution qui a versé des prestations à un salarié dispose d'un recours contre l'auteur responsable de cet accident ou de son assureur, afin d'obtenir le remboursement de ces prestations.

Si vous êtes victime d'un accident mettant en cause un tiers, vous devez, sous peine de perdre vos droits à la garantie, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident le nom de l'institution en tant que tiers payeur des prestations.

ARTICLE 1-5 Prescription

—

Toutes actions relatives à vos garanties santé sont prescrites par 2 ans, à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions de l'article L. 932-13 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 1-6 Informatique et Libertés

—

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

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez demander, en justifiant de votre identité, communication et rectification, s'il y a lieu, de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier utilisé dans le cadre de votre assurance complémentaire frais de santé par courrier au siège de l'Institution – 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, vous pouvez 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 ».

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

Dès lors, l'Institution vous adressera un accusé de réception dans les 10 jours suivant la réception de votre demande et traite votre demande dans un délai maximal de 2 mois.

Par suite, vous pouvez présenter un recours auprès du Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP) dont le siège se situe au 10, rue Cambacérès, 75008 Paris.

Titre 2 — Votre garantie frais de santé

ARTICLE 2-1 Objet

La garantie frais de santé a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé en complétant, acte par acte, les prestations versées par le régime de base, dans la limite des frais réellement engagés.

ARTICLE 2-2 Bénéficiaires

Le régime assurance complémentaire frais de santé mis en place par les partenaires sociaux de l'accord du 10 juin 2008 s'applique à l'ensemble des salariés non cadres (ne relevant pas de la Convention Collective du 2 avril 1952 et ne relevant pas de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'Agirc*), **justifiant d'au moins 6 mois d'ancienneté dans leur entreprise.**

Toutefois, dans le cas d'un contrat à durée déterminée (CDD) précédant un contrat à durée indéterminée (CDI) dans la même entreprise, les six mois d'ancienneté sont calculés à partir de votre date d'embauche en CDD.

Il concerne également :

- les salariés dont le contrat de travail est suspendu, dans les conditions prévues à l'article 2-10 ci-après ;
- les salariés qui reprennent une activité dans le cadre d'un cumul emploi/retraite.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au 1^{er} jour du mois civil au cours duquel le salarié atteint cette ancienneté.

Les garanties sont accordées à vous seul, dans la mesure où vous bénéficiez de droits ouverts au titre des prestations en nature du régime de base.

Ne sont donc pas bénéficiaires des garanties les membres de votre famille, y compris ceux ayant la qualité d'ayant droit au titre de la Mutualité Sociale Agricole.

ARTICLE 2-3 Entrée en vigueur de la garantie

La garantie entre en vigueur immédiatement, dès la prise d'effet de votre affiliation, conformément aux dispositions de l'article 1-3 ci avant.

ARTICLE 2-4 Montant de la garantie

Les montants des remboursements garantis par le 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 au tableau des garanties figurant en annexe.**

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

ARTICLE 2-5 Limites et exclusions de la garantie

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

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

1. LIMITES LIÉES AU CARACTÈRE RESPONSABLE DE VOTRE RÉGIME

Le contrat auquel vous êtes affilié s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits responsables.

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

Le contrat ne prend pas en charge :

- 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.

*Association générale des institutions de retraite des cadres.

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, vous pouvez obtenir le remboursement de vos frais en vous adressant à l'organisme de votre choix.

Vous devez procéder auprès de l'Institution à la déclaration de vos assurances cumulatives. Cette obligation est valable pendant toute la durée de votre affiliation.

dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement, vous perdez tout droit aux garanties pour la demande de règlement en cause.

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

ARTICLE 2-6

Étendue territoriale de la garantie

La garantie s'exerce en France et à l'étranger, quel que soit le pays dans lequel les dépenses de santé ont été engagées, dans la mesure où elles font l'objet d'un remboursement 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 que celle-ci aurait versée après intervention du régime social de base.

ARTICLE 2-7

Règlement des prestations

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

Elles ne sont soumises à aucune formalité particulière de votre part, excepté pour les frais de prothèses dentaires et d'optique, pour lesquels vous devez adresser une facture détaillée à votre caisse de MSA.

ARTICLE 2-8

Contrôle

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 justifications qui lui paraîtraient nécessaires, notamment les prescriptions médicales et les factures détaillées.

Si, intentionnellement, vous fournissez de faux renseignements ou usez de documents faux ou

ARTICLE 2-9

Cessation de la garantie

Votre garantie cesse de plein droit :

- le dernier jour du mois au cours duquel vous cessez d'appartenir aux bénéficiaires visés à l'article 2-2 de la présente Notice d'information ;
- le dernier jour du mois au cours duquel intervient la rupture de votre contrat de travail, si vous quittez votre employeur avant l'âge d'admission à la retraite, quel qu'en soit le motif. À cette date, si vous êtes licencié ou invalide et en faites la demande, vous pourrez contracter, aux conditions de souscription et aux tarifs en vigueur, un contrat proposé à titre individuel dans les conditions définies à l'article 2-11, 2 ;
- le dernier jour du mois au cours duquel intervient votre cessation totale d'activité liée à la liquidation de votre pension vieillesse de la Mutualité Sociale Agricole. À cette date, sur demande, vous pourrez contracter un contrat proposé à titre individuel, dans les conditions définies à l'article 2-11, 2 de la présente notice d'information ;
- le dernier jour du mois au cours duquel vous cessez de percevoir une rémunération, sous réserve des dispositions spécifiques prévues à l'article 2-10, 2 ci-après.

ARTICLE 2-10

Dispositions spécifiques 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, votre affiliation 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.

Dans ce cas, vous bénéficiez des garanties complémentaires frais de santé pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat, sans versement de cotisation.

Après cette période, vous pouvez, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'Institution de souscrire à titre individuel à la garantie, en vous 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 votre absence est inférieure à un mois, la cotisation est due intégralement, et les garanties sont maintenues.

ARTICLE 2-11 **Maintien de la garantie**

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, la garantie du présent contrat pourra vous être maintenue 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.

La garantie entre en vigueur dès la date de cessation de la garantie du présent contrat collectif, sous réserve du paiement par vous-même 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 ET 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 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 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, six mois après la date de cessation des garanties du contrat.

La garantie entre en vigueur dès la date de cessation des garanties du présent contrat collectif, sous réserve du paiement par vous-même 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^{er} 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 indemnisé par le régime de l'assurance chômage ;
- avoir été affilié et ouvrir droit à la garantie frais de santé avant la rupture de leur contrat de travail.

—

Le bénéfice de cette couverture est étendu aux ayants droit de l'ancien salarié s'ils étaient déjà couverts avant la rupture du contrat de travail de ce dernier.

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.

Titre 3 — Services de tiers payant

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

Pharmacie

Le service de TIERS PAYANT PHARMACIE a pour objet de vous permettre de bénéficier de la dispense d'avance des frais pharmaceutiques pris en charge par la Mutualité Sociale Agricole et garantis au titre du contrat. Par ce système, le pharmacien peut délivrer, sans avance de fonds, les médicaments prescrits sur ordonnance par un médecin. Les frais pharmaceutiques correspondants sont réglés directement au pharmacien pour les parts obligatoire et complémentaire par votre caisse de la Mutualité Sociale Agricole.

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

Votre caisse de Mutualité Sociale Agricole porte les droits complémentaires sur votre carte vitale, ce qui vous dispense, dans la plupart des cas, de présenter la carte complémentaire (sous forme papier) délivrée par votre caisse.

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 vous ne remplissez plus les conditions d'ouverture des droits requis au titre de la Mutualité Sociale Agricole obligatoire dont vous relevez ;
- et, en tout état de cause, en cas de départ de l'entreprise.

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

Autres professions de santé

Dans les départements où des accords ont été conclus entre l'Institution, les caisses de Mutualité Sociale Agricole et d'autres professions de santé, des systèmes de tiers payant peuvent être offerts par d'autres professions de santé (radiologie, analyses médicales, optique, soins externes dispensés dans les établissements hospitaliers, etc.).

Accord de prise en charge hospitalière

• Objet

En cas d'hospitalisation, votre caisse de la Mutualité Sociale Agricole vous délivrera, pour certains établissements, une prise en charge hospitalière.

Dans ce cas, le complément de frais restant à votre charge au-delà des prestations normalement servies par la Mutualité Sociale Agricole, à l'exclusion de tout dépassement d'honoraires et des frais accessoires (suppléments éventuels pour boissons, télévision, téléphone, etc.), est réglé directement à l'établissement, à hauteur des garanties souscrites.

• Conditions d'application

Est garantie toute hospitalisation comportant au moins une facturation de 24 heures consécutives.

La prise en charge de toute hospitalisation garantie est limitée aux établissements répondant aux deux conditions suivantes :

- être conventionnés avec la Mutualité Sociale Agricole,
- bénéficier de l'accord de tiers payant avec les Caisses de Mutualité Sociale Agricole, tant pour les frais de séjour que pour les honoraires.

• Formalités administratives

Sur présentation de votre justificatif d'identification, l'établissement hospitalier sollicite la prise en charge.

Lorsque les conditions requises sont remplies, la Caisse de Mutualité Sociale Agricole transmet un bon de prise en charge à l'établissement hospitalier.

De ce fait, aucune avance de fonds ne vous est demandée dès lors que votre complémentaire frais de santé prend en charge les frais ayant fait l'objet de la demande de dispense d'avance de frais.

Annexe 1 — Tableaux des garanties

Régime hors Alsace-Moselle

(en % de la base de remboursement Sécurité sociale)

| Nature des frais | Remboursement complémentaire |
|---|--|
| Frais médicaux | |
| ● 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 |
| Pharmacie | |
| ● Pharmacie remboursée par le régime de base (de 15 % à 100 %) | De 0 % à 85 % BR |
| Optique | |
| ● Montures, verres, lentilles, pris en charge par le régime de base | 395 % BR + un crédit de 200 €/an et par bénéficiaire |
| Dentaire | |
| ● Frais de soins | 30 % BR |
| ● Prothèses dentaires (remboursées par le régime de base) | 140 % BR + un crédit de 300 €/an et par bénéficiaire |
| Appareillage | |
| ● Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives | 0 % ou 40 % BR |
| Hospitalisation (secteur conventionné ou non) | |
| ● 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 ^{er} jour |
| Maternité (secteur conventionné ou non) | |
| ● Frais de soins et de séjour | – |
| ● Dépassement d'honoraires et chambre particulière | crédit de 1/3 PMSS/bénéficiaire/maternité |
| Divers | |
| ● 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 |
|---|--|
| Frais médicaux | |
| ● 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 |
| Pharmacie | |
| ● Pharmacie remboursée par le régime de base (de 15 % à 100 %) | De 10 % à 20 % BR |
| Optique | |
| ● Montures, verres, lentilles, pris en charge par le régime de base | 365 % BR + un crédit de 200 €/an et par bénéficiaire |
| Dentaire | |
| ● Frais de soins | 10 % BR |
| ● Prothèses dentaires (remboursées par le régime de base) | 120 % BR + un crédit de 300 €/an et par bénéficiaire |
| Appareillage | |
| ● Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives | 0 % à 10 % BR |
| Hospitalisation (secteur conventionné ou non) | |
| ● 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 ^{er} jour |
| Maternité (secteur conventionné ou non) | |
| ● Frais de soins et de séjour | – |
| ● Dépassement d'honoraires et chambre particulière | crédit de 1/3 PMSS/ bénéficiaire/maternité |
| Divers | |
| ● Transport pris en charge par le régime de base | – |

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

Annexe 2 — Extension famille individuelle facultative

Vous avez la possibilité d'étendre le bénéfice de la garantie assurance complémentaire frais de santé, définie dans l'Accord National, à vos ayants droit à titre individuel. Cette garantie est assurée par l'Institution.

BÉNÉFICIAIRES

Peuvent être désignés comme bénéficiaires :

- votre conjoint ;
- vos enfants à charge.

COTISATIONS

La cotisation spécifique à cette garantie est entièrement à votre charge et sera appelée directement par l'assureur auprès de vous.

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

Si vous souhaitez adhérer au contrat individuel extension famille, vous devez en faire la demande par écrit à l'Institution.

L'Institution vous remettra une proposition de souscription dans laquelle vous devrez déclarer vos ayants droit.

Annexe 3 — Quelques mots clés de votre régime

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 en fonction 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, etc.), 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, etc.).

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, etc.) ;

- 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, etc.

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'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (UNOCAM), 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 4 — Vos contacts

Pour tous renseignements ou questions relatives à votre garantie

- sa mise en place
- son amélioration par une extension famille individuelle facultative
- son maintien à la suite de la suspension ou de la rupture du contrat de travail

Contactez votre centre de clientèle Agrica

Pour toutes questions relatives aux prestations Santé

Contactez votre caisse de MSA
