

images & légendes - Crédits Photos : Corbis - Référence : 218979-80-082011.



Assurance complémentaire Frais de santé

NOTICE D'INFORMATION

Salariés non cadres de la production agricole
relevant de l'Accord Interdépartemental du 26 février 2009
pour les départements de Côte d'Or, Nièvre et Yonne



EN PARTENARIAT AVEC



www.anips-protectionsocialeagricole.com

Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance des Salariés
Immeuble Elysées La Défense - 7 place du Dôme - TSA 59876 - 92099 La Défense Cedex
Institution de Prévoyance agréée par arrêté ministériel du 17 octobre 1979
régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale



EN PARTENARIAT AVEC



Préambule	3
Quelques mots clés de votre régime	4
Titre 1 - Présentation du régime "Assurance Complémentaire Frais de Santé" et du contrat le mettant en œuvre	7
Article 1.1 - Objet	7
Article 1.2 - Durée	7
Article 1.3 - Bénéficiaires	7
Article 1.4 - Affiliation et prise d'effet	7
Article 1.5 - Cessation de votre affiliation	8
Article 1.6 - Dispositions spécifiques en cas de suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à un mois civil	9
Article 1.7 - Maintien des garanties sous forme de contrat individuel	10
Article 1.8 - Cotisations	10
Article 1.9 - Recours contre un tiers responsable	11
Article 1.10 - Prescription	11
Article 1.11 - Informatique et liberté	11
Titre 2 - Les garanties	12
Article 2.1 - Bénéficiaires des garanties	12
Article 2.2 - Entrée en vigueur des garanties	12
Article 2.3 - Montant des garanties	12
Article 2.4 - Limites et exclusions de garanties	13
Article 2.5 - Étendue territoriale des garanties	13
Article 2.6 - Règlement des prestations et contrôle	14
Article 2.7 - Cessation des garanties	14
Titre 3 - Services de tiers payant	15
Annexes	17
Annexe 1 - Tableau des garanties	17
Annexe 2 - Vos contacts	19

Préambule

Par **Accord Interdépartemental du 26 février 2009**, les partenaires sociaux de la production agricole ont mis en place **une protection sociale complémentaire en Agriculture pour les départements de Côte-d'Or, Nièvre et Yonne**.

Cet accord instaure **un régime de protection sociale complémentaire** permettant aux salariés non cadres de la production agricole de bénéficier d'une protection sociale complémentaire en matière de garanties santé.

Les partenaires sociaux entendent ainsi :

- permettre aux salariés agricoles non cadres desdits départements de bénéficier d'une couverture "santé" offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable ;
- favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité de la branche ;
- conserver la maîtrise du régime au niveau local.

Ce nouveau régime, qui est entré en vigueur au **1^{er} janvier 2010**, est mis en œuvre **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 Interdépartemental du 26 février 2009 ;
- à **affiliation obligatoire** pour l'ensemble des salariés non cadres de ces entreprises, **justifiant de six mois d'ancienneté au titre de leur contrat de travail en cours**.

par :

ANIPS

Immeuble Elysées La Défense - 7 place du Dôme - TSA 59876 - 92099 La Défense Cedex

Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance des Salariés

Institution de Prévoyance agréée par Arrêté Ministériel du 17 octobre 1979

Régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale

Et

AGRI PRÉVOYANCE

21, rue de la Bienfaisance - 75382 Paris Cedex 08

Institution de Prévoyance régie par les dispositions de l'article L.727-2 II du Code Rural et par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale.

AGRI-PRÉVOYANCE et l'ANIPS ont été co-désignés comme assureur sur la base d'une coassurance à hauteur respectivement de 40% pour l'ANIPS et 60 % pour AGRI-PRÉVOYANCE. L'ANIPS est apériteur du contrat.

AGRI-PRÉVOYANCE et l'ANIPS, ci-après dénommées "l'Institution", sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel, dont le siège se situe 61 rue Taitbout, 75009 Paris.

Les remboursements et prestations prévus au titre de ce contrat correspondent à ceux prévus par l'Accord Interdépartemental du 26 février 2009.

La présente notice a pour objet de vous présenter les garanties "de l'assurance complémentaire frais de santé" prévues par l'Accord Interdépartemental du 26 février 2009.

Elle se compose d'une première partie qui définit les mots clés de votre régime, de trois titres et de deux annexes :

- le Titre 1 vous présente le régime de l'Accord Interdépartemental ainsi que le contrat "frais de santé" qui le met en œuvre ;
- le Titre 2 vous décrit vos garanties frais de santé ;
- le Titre 3 vous expose les services de tiers payant mis à votre disposition ;
- les annexes vous indiquent :
 - vos remboursements santé dans un tableau des garanties,
 - vos contacts.

Quelques mots clés de votre régime

Accident

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

Ayant(s) droit

Votre conjoint, partenaire ou concubin et enfant(s) à charge tels qu'ils sont définis au paragraphe 2 ci-après, bénéficiaires des garanties.

Base de remboursement

Ensemble des barèmes utilisés par la Mutualité Sociale Agricole pour calculer les remboursements des dépenses de santé (*tarif opposable, tarif d'autorité...*).

Lorsque vous vous adressez à un praticien ou établissement n'adhérant pas à la convention médicale conclue entre la profession de santé dont il relève et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie - UNCAM, la Mutualité Sociale Agricole calcule son remboursement sur la base du tarif d'autorité.

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.

CMSA

Caisse de Mutualité Sociale Agricole.

Concubinage

Union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

Concubin

Personne avec laquelle vous vivez en concubinage, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où :

- vous et votre concubin partagez le même domicile et êtes libres de tout autre lien de même nature (*c'est-à-dire que chacun est célibataire, veuf, divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité - PACS*) ;
- une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et indiquant votre numéro de Sécurité Sociale ou le vôtre et celui de votre concubin est adressée à l'Institution.

En cas de concubins multiples, seul le concubin qui justifiera de la qualité d'ayant droit au regard du régime d'assurance maladie de base en vertu du premier alinéa de l'article L.161-14 du Code de la Sécurité Sociale, ou le plus âgé, sera retenu.

Si vous vous mariez ou remariez ou concluez un PACS, cette disposition devient caduque de plein droit.

Conjoint

Votre conjoint non séparé de corps judiciairement, ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle.

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 du participant.

Crédit

Somme utilisable en une ou plusieurs fois jusqu'à épuisement au cours de l'année civile.

Enfant à charge

Le vôtre et celui de votre conjoint, partenaire ou concubin :

- âgé de moins de 18 ans ;
- âgé de moins de 28 ans, poursuivant ses études et inscrit au régime de la Sécurité Sociale des Étudiants ou au régime général au titre de la Couverture Maladie Universelle (CMU). L'enfant est considéré à charge tant qu'il remplit les conditions énumérées ci-dessus, même s'il exerce temporairement (*emploi saisonnier...*) ou accessoirement (*petit travail d'appoint...*) une activité professionnelle, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de cette activité ;
- âgé de moins de 28 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le Code du Travail, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de son activité salariée ;
- âgé de moins de 28 ans, demandeur d'emploi non indemnisé par le pôle emploi ;
- quel que soit son âge, s'il est atteint d'une infirmité telle qu'il ne peut se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoit l'allocation prévue par la législation en vigueur en faveur des adultes handicapés. L'handicapé qui remplit les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auquel celle-ci n'est pas versée en raison de son niveau de ressources peut être garanti.

Frais de santé

Frais médicaux, dentaires, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation que vous avez engagés.

Hospitalisation

Séjour dans un établissement hospitalier (*public ou privé*) consécutif à un accident, à une maladie, ou à une maternité.

Maladie

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

Maternité

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

Médecin traitant

Médecin que vous avez choisi dont le nom est communiqué à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole dont vous relevez. Il peut être un médecin généraliste, spécialiste, un médecin exerçant dans un centre de santé ou hospitalier.

Il assure le premier niveau de recours aux soins en prenant directement en charge les soins courants et les soins de prévention (*dépistage, éducation sanitaire...*) du patient. Il l'oriente également dans le parcours de soins coordonnés et participera à la mise en place et à la gestion du dossier médical personnel prévu à l'article L.161-36-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Médecin correspondant

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

Médecin à accès spécifique

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

Parcours de soins

Accès au système de soins (*hors hospitalisation*) dans lequel le patient a en premier lieu recours à son médecin traitant, qui, dans certaines situations, peut l'adresser vers un autre médecin (*médecin correspondant*). Sauf les exceptions prévues à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale, si vous ne respectez pas le parcours de soins coordonnés, la majoration du ticket modérateur qui en découle est laissée à votre charge.

Plafond annuel de la Sécurité sociale

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

Ticket modérateur

Le ticket modérateur est la part financière qui reste à votre charge après le remboursement de l'Assurance Maladie. Son taux peut varier en fonction des actes et médicaments, de votre santé, ou du respect ou non du parcours de soins coordonnés.

Votre complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie du montant du ticket modérateur. 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 à votre charge ne sont pas prises en considération dans le calcul du ticket modérateur.

UNCAM

Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie.

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

■ Article 1.1 - Objet

Le régime d'"assurance complémentaire frais de santé" mis en place par les partenaires sociaux de la production agricole des départements de la Côte-d'Or, Nièvre et Yonne vous garantit, dans les conditions exposées ci-après, **le remboursement total ou partiel des dépenses de santé** engagées pour votre compte et pour celui de vos ayants droit en complétant acte par acte les prestations versées par le régime de base, **dans la limite des frais réellement engagés**.

Si vous le souhaitez, le contrat vous permet également d'améliorer certaines prestations ("**Régime amélioré**"). Dans ce cas, le différentiel de cotisation afférent aux garanties du Régime amélioré est intégralement à votre charge. Cette souscription du régime amélioré entraîne obligatoirement la couverture de l'ensemble de vos ayants droit, sauf en cas d'application des cas de dispenses prévus à l'article 2.1.

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 l'ANIPS.

En conséquence, ce contrat ne peut être remis en cause qu'à la suite d'une décision des partenaires sociaux signataires de l'Accord Interdépartemental du 26 février 2009.

■ Article 1.3 - Bénéficiaires

Le régime "assurance complémentaire frais de santé" mis en place par les partenaires sociaux bénéficie à l'ensemble des salariés non cadres **justifiant de six mois continus et plus dans l'entreprise**.

Il concerne également :

- les salariés dont le contrat de travail est suspendu, dans les conditions prévues à l'article 1.6 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.

■ Article 1.4 - Affiliation et prise d'effet

1 - Principe : affiliation obligatoire

Vous devez être obligatoirement affilié au contrat mettant en œuvre ce régime, **dès lors que vous êtes présent dans l'entreprise depuis au moins six mois continus dans l'entreprise**.

Votre affiliation au contrat prend effet :

- le 1^{er} janvier 2010, si vous êtes, à cette même date, salarié non cadre justifiant de six mois d'ancienneté au titre de votre contrat de travail en cours ou à la date de prise d'effet de l'adhésion de votre entreprise au contrat ;
- 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 d'affiliation facultative

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

- bénéficier au 1^{er} janvier 2010 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, en application d'une convention ou d'un accord collectif obligatoire pour lui ; **ce cas est utilisable uniquement lors de la mise en place de l'accord ;**
- être salarié sous contrat à durée déterminée ayant souscrit une assurance frais de santé par ailleurs ;
- bénéficier de la CMU complémentaire ;
- bénéficier 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 ;
- bénéficier d'une couverture obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément hors champ de l'application de l'accord ;
- être salarié à temps partiel ou apprenti, dès lors que la cotisation à votre charge est égale ou supérieure à 10 % de votre rémunération.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que **sur demande écrite de votre part, adressée à votre employeur :**

- **avant le 1^{er} avril 2010, si vous êtes affiliable au 1^{er} janvier 2010 ; les cotisations éventuellement précomptées sur salaire antérieurement à votre demande de dispense ne seront pas remboursables par l'Employeur et les prestations éventuellement perçues**

vous resteront acquises ;

- **à défaut, avant la fin du mois qui suit celui de l'acquisition de l'ancienneté.**

Votre demande doit être accompagnée de l'attestation de l'obligation d'assurance émanant de votre organisme complémentaire.

Vous devrez produire chaque année cette attestation à 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 1^{er} jour du mois civil suivant.

Dans les cas de dispense d'affiliation, les cotisations ne sont dues ni par vous ni par votre employeur.

Article 1.5 - Cessation de votre affiliation

Votre affiliation au contrat cesse :

- le dernier jour du mois au cours duquel vous perdez votre statut de non cadre ;
- 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. A 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 1.7 ;
- le dernier jour du mois au cours duquel vous cessez de percevoir une rémunération sauf en cas d'application des dispositions de l'article 1.6, en cas de suspension de votre contrat de travail d'une durée supérieure à un mois civil ;
- le dernier jour du mois au cours duquel intervient la cessation totale d'activité liée à la liquidation de votre pension vieillesse de la Mutualité Sociale Agricole. À cette date, si vous en faites la demande, vous pourrez contracter un contrat proposé à titre individuel, dans les conditions définies à l'article 1.7.

■ Article 1.6 - Dispositions spécifiques en cas de suspension du contrat de travail d'une durée 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 :

1 - Suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à un mois civil pour maladie, accident ou maternité

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

Ce maintien d'affiliation s'effectue tant que dure l'arrêt de travail pour maladie, maternité ou accident. Dans ce cas, les cotisations ne sont dues ni par votre employeur ni par vous-même. A contrario, si vous avez choisi la formule optionnelle, vous devez continuer à verser les cotisations correspondantes.

2 - Suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à un mois civil avec versement de salaire total ou partiel pour une autre cause que la maladie, la maternité ou l'accident

L'affiliation au contrat est maintenue à compter du premier jour du mois qui suit l'arrêt de travail. Ce maintien d'affiliation s'effectue, tant que vous bénéficiez d'un maintien de salaire total ou partiel. Dans ce cas, les cotisations sont dues par votre employeur et par vous-même.

De plus, si vous avez choisi la formule optionnelle, vous devez continuer à verser les cotisations correspondantes.

3 - Suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à un mois civil sans versement de salaire et intervenant après la date d'affiliation au contrat

Votre affiliation est suspendue à compter du premier jour du mois qui suit l'arrêt total et continu de travail ou la suspension du versement de salaire ou d'indemnités journalières.

Toutefois, vous pouvez, sous réserve de vous acquitter de la totalité de la cotisation (*part patronale et part salariale*), demander à souscrire un contrat individuel, en vue de continuer à bénéficier des mêmes garanties que les salariés présents dans l'entreprise.

Ce contrat est souscrit auprès de la caisse régionale de GROUPAMA, partenaire de l'ANIPS, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire, lorsque les deux conditions suivantes sont remplies :

- absence de versement de salaire par votre employeur ou d'indemnités journalières financées au moins pour partie par votre employeur ;
- 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 la caisse régionale GROUPAMA au plus tard un mois après la cessation de l'affiliation au contrat collectif.

Les garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du contrat collectif, sous réserve du paiement par vos soins auprès de la caisse régionale GROUPAMA, des cotisations depuis cette date.

Le tarif appliqué au contrat individuel est identique à celui du contrat collectif.

Dès la date de reprise de votre activité, vous bénéficiez à nouveau du contrat collectif.

En cas de rupture de votre contrat de travail, les dispositions tarifaires prévues à l'article 1-7 vous sont applicables.

■ Article 1.7 - Maintien des garanties sous forme de contrat individuel en cas de rupture du contrat de travail

En application de l'Accord Interdépartemental du 26 février 2009 et de la loi 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi "Evin", si votre contrat de travail est rompu et que vous répondez à l'une des conditions visées ci-dessous, vous pourrez demander le maintien de vos garanties collectives dans le cadre d'une adhésion à un **contrat individuel**, auprès de la caisse régionale GROUPAMA partenaire de l'ANIPS, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire :

- être bénéficiaire d'une pension de retraite ;
- être privé d'emploi et bénéficiaire d'un revenu de remplacement (*allocations du Pôle Emploi...*) ;
- 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.

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

Les garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du contrat collectif, sous réserve du paiement par vos soins des cotisations depuis cette date. Les prestations correspondantes sont dues également depuis cette date.

Aucune autre date d'effet de garantie ne sera retenue.

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 % de celui du contrat collectif.

En cas de décès, vos ayants droit pourront également demander à bénéficier dans les mêmes conditions d'un maintien des garanties à condition d'en faire la demande dans les six mois suivant la date de votre décès.

■ Article 1.8 - Cotisations

Montant

Les garanties du présent contrat vous sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle fixée en pourcentage du salaire plafond mensuel de la Sécurité sociale et en fonction de votre situation de famille et du régime souscrit, comme suit :

■ Isolé (*salarié sans ayant droit*)

Régime conventionnel : 0,92 % du montant du plafond mensuel de la Sécurité Sociale.

Régime amélioré : 1,18 % du montant du plafond mensuel de la Sécurité Sociale.

■ Ménage (*salarié avec ayant(s) droit*)

Régime conventionnel : 2,41 % du montant du plafond mensuel de la Sécurité Sociale.

Régime amélioré : 3,10 % du montant du plafond mensuel de la Sécurité Sociale.

Ces pourcentages sont applicables pour les exercices 2010, 2011, et 2012 dans le cadre de la réglementation applicable au 1^{er} janvier 2009. Ils pourront varier par la suite pour maintenir l'équilibre du régime.

Excepté en cas de souscription d'un contrat individuel dans les conditions prévues à l'article 1.7 :

- le financement du régime est assuré conjointement par vous-même et votre employeur pour la partie conventionnelle obligatoire et votre part de cotisation est directement précomptée sur votre fiche de paye. Dans ce cas, votre employeur a la responsabilité du versement total des cotisations ;
- le différentiel du régime amélioré est intégralement à votre charge. Il est directement appelé auprès de vous par la CMSA de manière distincte du régime conventionnel obligatoire.

- les cotisations relatives aux garanties sont dues dès le 1^{er} jour de votre affiliation.

■ Article 1.9 - Recours contre tiers responsable

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

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

Si vous êtes victime d'un accident de la circulation mettant en cause un tiers, vous devez, sous peine de perdre vos droits à la garantie au titre de cet accident, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident, le nom de l'Institution en tant que tiers payeur des prestations. La suspension de vos droits ne sera effectuée qu'après avis d'une commission mixte paritaire.

■ Article 1.10 - Prescription

Toute action relative à vos garanties est prescrite dans les conditions de l'article L. 932-13 du Code de la Sécurité Sociale, à compter de l'évènement qui y donne naissance par deux ans en ce qui concerne la garantie frais de santé.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

■ Article 1.11 - Informatique et liberté

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 à l'usage de l'Institution ou de ses mandataires, co-assureurs et organismes professionnels intervenant au contrat.

Titre 2 - Les garanties

■ Article 2.1 - Bénéficiaires des garanties

Les garanties vous sont accordées ainsi qu'**obligatoirement** à vos ayants droit, dans la mesure où vous bénéficiez de droits ouverts au titre des prestations en nature du régime de base.

Si vous travaillez dans la même entreprise que votre conjoint, partenaire d'un PACS ou concubin, l'un d'entre vous seulement doit être affilié en propre en qualité de participant, l'autre pouvant ne l'être qu'en qualité d'ayant droit.

L'obligation d'affiliation de l'ensemble de vos ayants droit ne trouve pas à s'appliquer dans les cas suivants :

- l'ensemble de vos ayants droit est couvert par un système de garanties relevant des 6^e à 8^e alinéas de l'article L.242-1 du Code de la Sécurité Sociale (*cas du conjoint, partenaire d'un pacte civil de solidarité ou concubin relevant auprès de son propre employeur, d'un système de garanties obligatoire couvrant le conjoint et/ou les enfants*) ;
- l'ensemble de vos ayants droit est couvert par un dispositif relevant du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels (*cas du conjoint, partenaire d'un pacte civil de solidarité ou concubin fonctionnaire ou agent public de l'État et de ses établissements publics*).

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que **sur demande écrite de votre part, adressée à votre employeur.**

Votre demande doit être accompagnée de l'attestation de l'obligation de l'assurance complémentaire frais de soins émanant de l'organisme assureur de votre ayant droit.

Vous devez produire chaque année cette attestation à votre employeur.

Dans les cas de dispense visés ci-dessus, vous devez expressément en faire la demande et justifier chaque année de la couverture obligatoire dont bénéficie

l'ensemble de vos ayants droit en produisant à votre employeur, les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

Si vos ayants droit ne remplissent plus les conditions requises à la dispense d'affiliation, vous devez en informer votre employeur. Vos ayants droit devront alors obligatoirement être affiliés au contrat à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant.

Dans les cas de dispense d'affiliation précités, aucune cotisation correspondant à la couverture des ayants droit n'est due.

L'inscription des ayants droit prend effet :

- à la même date que pour vous-même,
- ou à la date de la modification de votre situation de famille (*mariage, conclusion d'un PACS, concubinage...*) ou de naissance d'enfants.

■ Article 2.2 - Entrée en vigueur des garanties

Les garanties entrent en vigueur immédiatement, dès la prise d'effet de votre affiliation, conformément aux dispositions de l'article 1.4 ci-avant.

Pour vos ayants droit, les garanties entrent en vigueur à la même date que pour vous-même ou à la date d'évolution de votre situation de famille conformément aux dispositions du dernier paragraphe de l'article 2.1.

■ Article 2.3 - Montant des garanties

Les montants des remboursements garantis par le contrat **correspondent à ceux prévus par l'Accord Interdépartemental du 26 février 2009.**

Ainsi qu'il est prévu par l'accord, vous pouvez opter pour un régime amélioré.

Vous devez effectuer votre choix à l'aide d'un bulletin d'affiliation. Par la suite, vous pourrez modifier votre choix :

- immédiatement en cas de changement intervenant dans votre situation de famille ;
- ou au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve d'en avertir l'Institution deux mois avant cette date.

Les 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".

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

■ Article 2.4 - Limite et exclusions des garanties

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 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 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" du contrat

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 :

- 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, 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.

■ Article 2.5 - 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 de la MSA au titre des Assurances Sociales Agricoles.

■ Article 2.6 - Règlement des prestations et contrôle

Vos prestations sont réglées **directement par votre CMSA**, 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.

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 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 2.7 - Cessation des garanties

Vos garanties prennent fin à la date de la cessation de votre affiliation telle qu'elle est prévue à l'article 1.5. Il est précisé que les garanties cessent en tout état de cause pour vos ayants droit :

- **pour votre conjoint** : à la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation judiciaire ;
ou **pour votre partenaire** : à la date de rupture du PACS ;
ou **pour votre concubin** : à la date à laquelle cesse le concubinage ;
- **pour vos enfants** : dès qu'ils cessent d'être à votre charge au sens du contrat et, au plus tard, à la fin de l'année au cours de laquelle ils atteignent leur 18^e anniversaire ou leur 28^e anniversaire s'ils poursuivent leurs études et sont inscrits à la Sécurité Sociale des étudiants ou au régime général au titre de la CMU ou s'ils sont en contrat d'apprentissage ou demandeurs d'emploi non indemnisés par le Pôle Emploi.
- Toutefois, les enfants handicapés continuent à être garantis tant qu'ils bénéficient des allocations légales d'adultes handicapés ou tant qu'ils remplissent les conditions pour en bénéficier, lorsque l'allocation ne leur est pas versée en raison de leur niveau de ressources.

Il est précisé que l'Institution ne prend en charge que les dépenses engagées au titre d'actes prescrits antérieurement à la date de cessation des garanties.

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

1 - Pharmacie

Un service de TIERS PAYANT PHARMACIE qui a pour objet de vous permettre de bénéficier de la dispense d'avance des frais pharmaceutiques pris en charge par la Mutualité Sociale Agricole et garantis au titre du contrat. Par ce système, le pharmacien peut délivrer, sans avance de fonds, les médicaments prescrits par un médecin sur ordonnance.

Les frais pharmaceutiques correspondants sont réglés directement au pharmacien pour les parts obligatoire et complémentaire par votre caisse de 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.

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, suite à la dénonciation de l'Accord Interdépartemental du 26 février 2009 ou suite au changement d'organisme assureur ;
 - en cas d'utilisations abusives répétées du système ;
 - si vous ne remplissez plus les conditions d'ouverture des droits requis au titre de la Mutualité Sociale Agricole obligatoire dont vous relevez ;
 - et en tout état de cause en cas de départ de l'entreprise.
- L'Institution se réserve le droit de réclamer, à vous-même ou au pharmacien, tout indu relatif au système de tiers payant.**

2 - Autres professions de santé

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

3 - Accord de prise en charge hospitalière

Objet

En cas d'hospitalisation, votre Caisse de 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.

Annexe 1 - Tableau des garanties

Conditions d'application

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

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

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

Formalités administratives

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

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

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

Vous choisissez pour vous-même et pour l'ensemble de vos ayants droit, l'un ou l'autre des deux régimes ci-après.

Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-après s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement - BR⁽¹⁾ au régime social de base français.

Le cumul des remboursements du régime social de base et de l'Institution ne peut excéder le montant des frais réellement engagés (FR).

Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire (article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale) ne pourront donner lieu à remboursement.

Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent part du régime social de base non comprise.

Nature de garanties	Remboursement de l'Institution : 100 % des FR limités à :	
	Régime conventionnel	Régime amélioré
FRAIS MÉDICAUX		
Consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes	30 % BR	80 % BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	40 % BR	40 % BR
Massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	40 % BR	40 % BR
Analyses et examens de laboratoire	40 % BR	40 % BR
Radiographie, électro-radiographie	30 % BR	80 % BR
Actes de prévention responsable	De 30 % à 65 % BR	De 30 à 65 % BR
Médecine douce (acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie)	15 € / consultation dans la limite de 4 / an et / famille	23 € / consultation dans la limite de 4 / an et / famille
PHARMACIE		
Médicaments remboursés par le régime de base	De 0 à 85 % BR	De 0 à 85 % BR
OPTIQUE		
Soins et honoraires	30 % BR	80 % BR
Verres		
Monture		
ET Lentilles prises en charge par le régime de base pour le régime conventionnel	390 % BR + crédit de 200 € / an + majoration 75 € / an si pas de consommation pendant 2 ans (lentilles prises en charge uniquement)	390 % BR + crédit de 300 € / an porté à 500 € si pas de consommation pendant 5 ans (lentilles prises en charge ou non)
OU Lentilles prises en charge ou non par le régime de base pour le régime amélioré		
DENTAIRE		
Soins	30 % BR	30 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par le régime de base (et inlays core)	280 % BR + crédit de 300 € / an	340 % BR + crédit de 400 € / an
Parodontologie	Non pris en charge	75 € / an
Orthodontie prise en charge par le régime de base	200 % BR	200 % BR

Nature de garanties	Remboursement de l'Institution : 100 % des FR limités à :	
	Régime conventionnel	Régime amélioré
APPAREILLAGE		
Prothèses auditives - Prises en charge par le régime de base - Non prises en charge par le régime de base	390 % BR Non pris en charge	390 % BR 150 € / an
Fournitures médicales, pansements, gros et petit appareillage, prothèses (autres que prothèses auditives)	0 à 35 % BR	85 % BR
Fauteuil roulant	Non pris en charge	200 € / an
ACTES LOURDS		
Forfait légal (18 €) sur les actes lourds (coefficient ≥ 50 ou BR ≥ 91 €)	100 % du forfait	100 % du forfait
HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE		
Frais de soins et séjours	0 à 20 % BR	Conventionné 100 % FR Non conventionné 90 % FR
Dépassement d'honoraires	220 % BR	220 % BR
Frais d'accompagnement (lit + repas)	Enfant de moins de 16 ans : 30 € / jour	Enfant à charge : 50 € / jour sans limite pendant 10 jours / an puis 30 € / jour pour les enfants de moins de 16 ans
Forfait hospitalier	100 % du forfait dès le 1 ^{er} jour	100 % du forfait dès le 1 ^{er} jour
Chambre particulière	25 € / jour	75 € / jour pendant 60 jours / an puis 25 € / jour
HOSPITALISATION MATERNITÉ		
Dépassement d'honoraires et chambre particulière	Crédit de 1/3 du PMSS / bénéficiaire / maternité	Crédit de 1/3 du PMSS / bénéficiaire / maternité
HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE		
Frais de soins et de séjour (secteur conventionné ou non)	0 à 20 % du BR	Conventionné 100 % FR Non conventionné 90 % FR
Dépassement d'honoraires et chambre particulière	Crédit de 1/3 du PMSS ⁽²⁾ / bénéficiaire / an	75 € / jour limité à 45 jours / an
CURES THERMALES		
Honoraires de surveillance médicale	Enfant à charge uniquement	Tout bénéficiaire
	30 % BR	30 % BR + 150 € / an et / bénéficiaire
Frais de traitement thermaux	35 % BR	
TRANSPORT		
Frais de transport du malade (ambulance, taxi agréé, véhicule sanitaire léger...)	35 % BR	35 % BR
PRÉVENTION		
Suivant les conditions prévues dans l'arrêté du 8 juin 2006 fixant la liste des prestations de prévention : vaccins, détartrage, dépistage hépatite B, dépistage audio, ostéodensitométrie, autres actes de prévention remboursés par le régime social de base	Conformément aux dispositions ci-dessus	Conformément aux dispositions ci-dessus

(*) Base de remboursement : Ensemble des barèmes utilisés par la Mutualité Sociale Agricole pour calculer les remboursements des dépenses de santé (tarif opposable, communément appelé "tarif conventionnel", tarif d'autorité...).

Lorsque vous vous adressez à un praticien ou établissement n'adhérant pas à la convention médicale conclue entre la profession de santé dont il relève et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie - UNCAM, la Mutualité Sociale Agricole calcule son remboursement sur la base du tarif d'autorité.

(**) PMSS : Salaire plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Pour connaître les bases de remboursements actualisées du régime social de base, vous pouvez consulter le site internet www.ameli.fr.

Vos contacts

Vous avez des interrogations relatives :

■ aux prestations Santé :

à titre d'illustration des exemples de remboursements figurent dans le guide commun destiné à vous même et à votre employeur et en cas d'interrogation complémentaire, adressez vous à votre caisse de MSA ;

■ à la souscription des garanties individuelles en cas de rupture ou suspension de votre contrat de travail :

vous souhaitez prendre un congé parental, de formation ou votre retraite ; vous venez d'être reconnu inapte au travail ou en invalidité ou allez être privé d'emploi, adressez vous à la caisse Régionale GROUPAMA de votre département, partenaire de l'ANIPS, dont les coordonnées figurent sur la carte de France qui vous est remise.

Dans tous les cas, un numéro de téléphone est mis à votre disposition pour toutes demandes de précisions touchant votre couverture complémentaire frais de santé.