

images & légendes - Crédits Photos : Digital Vision - Référence : 218977-SEL-082011.



Assurance complémentaire Frais de santé

CONDITIONS GÉNÉRALES

Salariés non cadres de la production agricole
du département de la Saône-et-Loire
relevant de l'Accord Départemental du 28 avril 2009



EN PARTENARIAT AVEC



www.anips-prevoyancesanteagricole.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



| | |
|--|-----------|
| Titre 1 - Dispositions générales | 4 |
| Article 1.1 - Objet du contrat | 4 |
| Article 1.2 - Composition du contrat | 4 |
| Article 1.3 - Organisme assureur | 4 |
| Article 1.4 - Délégation de gestion | 4 |
| Article 1.5 - Prescription | 4 |
| Article 1.6 - Recours contre tiers responsable | 4 |
| Article 1.7 - Informatique et libertés | 5 |
| Titre 2 - Exécution du contrat | 5 |
| Article 2.1 - Adhésion des entreprises au contrat | 5 |
| Article 2.2 - Prise d'effet / Durée et révision du contrat | 5 |
| Article 2.3 - Groupe assuré | 6 |
| Article 2.4 - Affiliation et admission dans l'assurance des participants | 6 |
| Article 2.5 - Cessation de l'affiliation | 8 |
| Article 2.6 - Obligations de l'Institution | 8 |
| Article 2.7 - Obligations de l'entreprise adhérente | 8 |
| Article 2.8 - Obligations du participant | 8 |
| Titre 3 - Les cotisations | 9 |
| Article 3.1 - Montant des cotisations | 9 |
| Article 3.2 - Modalités de paiement des cotisations | 9 |
| Article 3.3 - Défaut de paiement des cotisations | 9 |
| Titre 4 - Les garanties | 10 |
| Article 4.1 - Bénéficiaires des garanties | 10 |
| Article 4.2 - Entrée en vigueur des garanties | 10 |
| Article 4.3 - Montant des garanties | 10 |
| Article 4.4 - Limites et exclusions de garanties | 11 |
| Article 4.5 - Etendue territoriale des garanties | 11 |
| Article 4.6 - Règlement des prestations et contrôle | 11 |
| Article 4.7 - Cessation des garanties | 12 |
| Article 4.8 - Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail supérieure à un mois civil | 13 |
| Article 4.9 - Maintien des garanties sous forme de contrat individuel en cas de rupture du contrat de travail | 14 |
| Annexes | 14 |
| Annexe 1 - Définitions | 14 |
| Annexe 2 - Service tiers payant | 17 |
| Annexe 3 - Tableau des garanties | 18 |

Par **Accord Départemental du 28 avril 2009**, les partenaires sociaux de l'agriculture de la Saône-et-Loire ont mis en place un **régime départemental d'assurance complémentaire frais de santé**.

Les partenaires sociaux entendent ainsi :

- permettre aux salariés agricoles non cadres dudit département 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.

AGRI-PRÉVOYANCE et l'ANIPS sont désignées comme co-assureurs à hauteur de 50 % chacun, l'ANIPS étant apériteur du contrat.

Ce régime départemental est entré en vigueur **au 1^{er} janvier 2010**. Il est mis en œuvre par le présent contrat.

Titre 1 - Dispositions générales

■ Article 1.1 - Objet du contrat

Le présent contrat est un contrat collectif obligatoire ayant pour objet de garantir, à l'ensemble des salariés non cadres appartenant au groupe assuré défini ci-après à l'article 2.3, le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées pour leur compte, en complétant, acte par acte, les prestations versées par le régime de base, dans la limite des frais réellement engagés.

Le contrat permet également d'étendre les garanties aux ayants droit du participant ("extension famille") et/ou d'améliorer certaines prestations ("Formule optionnelle"), accordant des niveaux différents de remboursement et de prestations. Le différentiel de cotisation afférent à ces deux options est intégralement à la charge du participant.

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 - Composition du contrat

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

■ Article 1.3 - Organismes assureurs

Les garanties du contrat sont assurées 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, membre du groupe AGRICA, 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-désignées comme assureur sur la base d'une coassurance à hauteur de 50 % chacun. 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 Prudential, dont le siège se situe 61 rue Taitbout, 75009 Paris.

■ Article 1.4 - Délégation de gestion

Conformément aux dispositions de l'Accord Départemental du 28 avril 2009 et de la convention de gestion le complétant conclue entre les partenaires sociaux, l'ANIPS et AGRI-PRÉVOYANCE, la gestion administrative des adhésions, des affiliations, du recouvrement des cotisations du régime conventionnel et du paiement des prestations afférentes au présent contrat est déléguée à la **Caisse de Mutualité Sociale Agricole (CMSA)** dont relèvent les entreprises adhérentes et les participants.

■ Article 1.5 - Prescription

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par 2 ans à compter de la date de l'évènement, dans les conditions prévues à l'article L. 932-13 du Code de la Sécurité Sociale.

■ Article 1.6 - Recours contre tiers responsable

L'Institution ne renonce pas aux droits et actions qu'elle détient en vertu de l'article L. 931-11 du Code de la Sécurité Sociale et qu'elle peut exercer envers le tiers responsable.

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

La suspension des droits du participant ne sera effective qu'après accord de la commission paritaire de suivi.

■ Article 1.7 - Informatique et libertés

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

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, les intéressés peuvent demander, en justifiant de leur identité, communication et rectification, s'il y a lieu, de toute information les concernant qui figurerait sur tout fichier utilisé dans le cadre du présent contrat auprès du siège de l'Institution.

Titre 2 - Exécution du contrat

■ Article 2.1 Adhésion des entreprises au contrat

Le caractère obligatoire de l'adhésion des entreprises au contrat résulte de la signature de l'accord par les partenaires sociaux.

1 - Champ d'application de l'accord

Entrent dans le champ d'application de l'accord et doivent donc adhérer au contrat, les exploitations et entreprises de culture et d'élevage de Saône-et-Loire, spécialisées ou non, de quelque nature qu'elles soient, relevant du champ d'application de la Convention collective du 1^{er} janvier 1977.

2 - Adhésion et antériorité d'un régime Frais de santé

Conformément aux termes de l'accord, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne pas adhérer au contrat, les entreprises disposant déjà d'une assurance complémentaire santé d'un niveau supérieur à celui prévu par ledit contrat au jour de la signature de l'accord précité, soit le 28 avril 2009. En revanche, les entreprises ayant mis en place, préalablement à cette date, une assurance complémentaire frais de santé de niveau égal ou inférieur, doivent la résilier de manière à rejoindre le régime conventionnel régional à compter de la date de son entrée en vigueur.

3 - Modalités d'adhésion des entreprises

L'Institution délègue aux CMSA le soin de procéder à l'enregistrement de l'adhésion des entreprises entrant dans le champ d'application de l'Accord Départemental et ne disposant pas déjà d'un régime Frais de santé antérieur, d'un niveau supérieur.

L'entreprise qui adhère au présent contrat est dénommée ci-après "entreprise adhérente".

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

■ Article 2.2 - Prise d'effet / Durée et révision du contrat

1 - Prise d'effet

Le contrat prend effet :

- le jour de l'entrée en vigueur de l'Accord Départemental du 28 avril 2009, soit le **1^{er} janvier 2010**, lorsque l'entreprise entre, à cette date, dans le champ d'application de l'accord et qu'elle ne dispose pas d'un régime Frais de santé antérieur, d'un niveau supérieur à celui prévu par le présent contrat ;
- dès le 1^{er} jour de son entrée dans le champ d'application de l'Accord Départemental, notamment en cas de création d'entreprise postérieurement au 1^{er} janvier 2010 ;

- le cas échéant, dès le 1^{er} jour qui suit la prise d'effet de la résiliation du contrat d'assurance Frais de santé préexistant qui constituait jusqu'alors une dérogation d'adhésion, conformément aux dispositions de l'article 2.1.

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

2 - Durée

L'adhésion de l'entreprise au présent contrat étant rendue obligatoire par l'Accord Départemental, seuls les partenaires sociaux peuvent modifier le choix de l'organisme assureur ou mettre un terme au régime santé mis en œuvre par le présent contrat.

3 - Révision des garanties ou des cotisations

Les dispositions du présent contrat sont établies en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de signature de l'Accord Départemental, notamment de celles applicables au régime de base de sécurité sociale en ce qui concerne les bases et taux de remboursement.

En cas de changement de celles-ci postérieurement à cette date, nécessitant une modification des dispositions du présent contrat, notamment lorsque la révision est motivée par la nécessité de conserver au contrat son caractère "responsable", une concertation devra être engagée avec la Commission paritaire de suivi, et le cas échéant faire l'objet d'un avenant audit accord. Dans cette hypothèse, l'Institution indiquera à l'entreprise adhérente les modifications applicables pour maintenir au contrat son caractère "responsable".

Par ailleurs, l'Institution pourra procéder, si les résultats du régime devenaient déficitaires, après concertation et conclusion d'un avenant par les partenaires sociaux de l'Accord Départemental, à une révision tarifaire ou à une diminution des garanties.

Toute taxe ou contribution qui deviendrait applicable

au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite, pourrait, après concertation avec la Commission mixte et conclusion d'un avenant par les partenaires sociaux de l'Accord Départemental, être mise à la charge de l'entreprise adhérente et/ou des participants et payable en même temps que la cotisation.

■ Article 2.3 - Groupe assuré

Le groupe assuré est constitué par l'ensemble des salariés non cadres des entreprises adhérentes, **justifiant au titre du contrat de travail en cours, de six mois d'ancienneté continue et plus.**

La condition minimale de six mois d'ancienneté continue est réputée acquise au 1^{er} jour du mois civil au cours duquel le salarié atteint cette ancienneté chez l'entreprise adhérente.

Dans le cas d'un salarié employé par plusieurs employeurs relevant du champ d'application de l'accord, le salarié est affilié au contrat par le premier employeur auprès duquel il acquiert ou a acquis la condition d'ancienneté de six mois requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit contraire entre les employeurs et le salarié concernés.

L'affiliation prend effet le 1^{er} jour du mois civil au cours duquel le salarié atteint cette ancienneté de six mois.

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

■ Article 2.4 - Affiliation et admission dans l'assurance des participants

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

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

1 - Principe : affiliation obligatoire des participants

Sous réserve des cas d'affiliations facultatives expressément prévus dans l'Accord Départemental et visés au paragraphe ci-dessous, l'ensemble des salariés présents et futurs constituant le groupe assuré, y compris ceux dont le contrat de travail est suspendu et ceux bénéficiant des dispositions applicables en matière de cumul Emploi/Retraite, doit **être obligatoirement affilié au présent contrat.**

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

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

2 - Dérogation : cas de dispenses d'affiliation

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

- bénéficier au 1^{er} janvier 2010 d'une assurance Frais de santé d'un niveau de prestations au moins équivalent, en qualité d'ayant droit de son conjoint, concubin ou partenaire d'un pacte civil de solidarité, en application d'un accord collectif obligatoire pour ce dernier ; **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 complémentaire frais de santé par ailleurs ;

- bénéficier d'une couverture complémentaire santé obligatoire dans le cadre d'un autre emploi, pour un niveau de prestations au moins équivalentes ;
- être salarié à temps partiel ou en contrat de formation par alternance (*notamment apprenti*), si le montant de la cotisation à sa charge représente 10 % ou plus de sa rémunération ;
- bénéficier de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du Code de la Sécurité sociale. Toutefois, cette dispense ne vaut que jusqu'à échéance du contrat individuel (si l'intéressé ne peut pas le résilier par anticipation).

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

Au jour de l'entrée en vigueur du présent accord, les salariés concernés doivent faire leur demande d'exclusion par écrit adressée à l'employeur avant le 1^{er} avril 2010, en joignant les justificatifs de leur situation.

Après l'entrée en vigueur de l'accord, la demande d'exclusion doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit celui de l'obtention de la condition d'ancienneté ou à la date d'effet de l'adhésion si elle intervient après le 1^{er} janvier 2010.

Pour être prise en compte, l'entreprise adhérente doit déclarer la dispense d'affiliation à la CMSA.

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

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

Titre 3 - Les cotisations

■ Article 2.5 - Cessation de l'affiliation

L'affiliation du participant au présent contrat cesse :

- le dernier jour du mois au cours duquel il cesse d'appartenir au groupe assuré visé à l'article 2.3 des présentes conditions générales ;
- le dernier jour du mois au cours duquel intervient la rupture de son contrat de travail, s'il quitte l'entreprise adhérente avant l'âge d'admission à la retraite quel qu'en soit le motif. À cette date, il pourra, à sa demande expresse, contracter aux conditions de souscription et aux tarifs en vigueur, un contrat proposé à titre individuel dans les conditions définies à l'article 4.9 des présentes conditions générales ;
- le dernier jour du mois au cours duquel intervient la cessation totale d'activité liée à la liquidation de la pension vieillesse de la Mutualité Sociale Agricole. À cette date, tout participant retraité en faisant la demande pourra souscrire un contrat proposé à titre individuel, dans les conditions définies à l'article 4.9 des présentes conditions générales ;
- le dernier jour du mois au cours duquel il cesse de percevoir une rémunération, sous réserve des dispositions spécifiques prévues à l'article 4.8 ci-après.

■ Article 2.6 - Obligations de l'Institution

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

■ Article 2.7 - Obligations de l'entreprise adhérente

1 - A l'égard du participant

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

- remettre à chaque participant la notice d'information établie par l'Institution et prévue à l'article précédent ;
- avertir, par écrit, les participants des modifications apportées à leurs droits et obligations suite à une révision du régime ;

- prévenir les participants lorsqu'ils sortent du groupe assuré des conditions dans lesquelles ils peuvent bénéficier du maintien des garanties prévues aux articles 4.8 §3 et 4.9 des présentes conditions générales, sous forme de contrat individuel.

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

2 - À l'égard de l'Institution

L'entreprise adhérente s'oblige :

- à accepter l'affiliation de l'ensemble des participants et de leurs ayants droit appartenant au groupe assuré ;
- à verser les cotisations selon les modalités définies ci-après ;
- à répondre aux questions de l'Institution ou de la CMSA relatives à l'application du contrat ;
- à fournir à la CMSA les éléments nécessaires à la gestion du présent contrat, notamment les entrées et les sorties du personnel ainsi que les dispenses d'affiliation ;
- à adresser à l'Institution, les bulletins établis par les participants mentionnant leurs ayants droit éventuels ainsi que l'option retenue (*régime conventionnel ou formule optionnelle*).

■ Article 2.8 - Obligations du participant

Chaque participant s'oblige :

- à accepter le précompte des cotisations ;
- à fournir à l'Institution, les renseignements nécessaires à l'établissement de ses droits et obligations, soit par l'intermédiaire de l'entreprise adhérente, soit directement en cas de maintien des garanties sous forme de contrat individuel dans les conditions prévues à l'article 4.9 ;
- à remettre à l'entreprise adhérente un bulletin fourni par l'Institution mentionnant ses ayants droit éventuels ainsi que l'option retenue (*régime conventionnel ou formule optionnelle*).

■ Article 3.1 - Montant des cotisations

Les garanties du présent contrat sont accordées aux participants moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle fixée en pourcentage du salaire plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS).

Le taux global d'appel des cotisations destinées au financement des prestations définies à l'article 4, est de 0,92 % du PMSS **pour le participant seul à titre obligatoire.**

Les taux de cotisations correspondant à la souscription des options "Extension famille" et/ou "formule optionnelle" sont fixés comme suit :

Extension Famille

- Tarif "famille" (salarié et ensemble des ayants droit) : **2,76 % du PMSS** soit une sur-cotisation de **1,84 % du PMSS à la charge exclusive du participant ;**

Formule optionnelle

- Tarif "isolé" (salarié seul) : **1,18 % du PMSS** soit une sur-cotisation de **0,26 % du PMSS à la charge exclusive du participant ;**
- Tarif "famille" (salarié et ensemble des ayants droit) : **3,54 % du PMSS** soit une sur-cotisation de **2,62 % du PMSS à la charge exclusive du participant.**

Ces taux de cotisation 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.

■ Article 3.2 - Modalités de paiement des cotisations

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

Les cotisations du régime conventionnel sont appelées et recouvrées par la CMSA compétente sur le territoire, conjointement aux cotisations sociales de base, dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités.

Le différentiel de cotisation afférent à "l'extension famille" et/ou à la "formule optionnelle" est intégralement à la charge du participant. Il est appelé par la CMSA de manière distincte des cotisations du régime obligatoire directement auprès du salarié.

La cotisation cesse d'être due à la fin du mois de la cessation d'affiliation.

■ Article 3.3 - Défaut de paiement des cotisations

1 - Cotisations du Régime conventionnel

Sous réserve des cas de maintien des garanties sous forme de contrat individuel, dans les conditions prévues aux articles 4.8 §3 et 4.9 du présent contrat, le versement des cotisations prévues par le présent contrat est de la seule responsabilité de l'entreprise adhérente, même si une fraction de celles-ci est à la charge effective des participants.

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

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

2 - Différentiel de cotisation afférent à "l'extension famille" et/ou à la formule optionnelle

Le montant de ces cotisations est appelé et prélevé par la CMSA directement auprès du participant.

En cas de non paiement de cette cotisation dans les dix jours de son échéance (*II de l'article L. 932-22 du Code de la Sécurité Sociale*) la CMSA, lui adresse une lettre recommandée de mise en demeure lui précisant qu'à défaut de paiement de sa cotisation dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de cette lettre il sera exclu de la (des) option(s) souscrite(s).

Titre 4 - Les garanties

■ Article 4.1 - Bénéficiaires des garanties

Les garanties sont accordées à titre obligatoire **au participant seul**.

Toutefois, il a la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à sa famille (conjoint, partenaire ou concubin et/ou enfant à charge tels que définis en annexe) à titre individuel et facultatif, les cotisations afférentes à la couverture des ayants droit étant intégralement à la charge du participant.

Dans ce cas, il devra remplir un bulletin de déclaration de ses ayants droit afin de les désigner nominativement.

Ce bulletin est mis à la disposition du salarié et de l'entreprise par l'Institution. Il devra être retourné à la CMSA.

Par la suite, le participant peut modifier son choix :

- immédiatement en cas de changement intervenant dans sa situation de famille si la demande a pour cause le terme normal d'une garantie antérieure couvrant ses ayants droit, **sous réserve que cette modification soit déclarée à l'Institution dans un délai de 2 mois suivant la modification et que la cotisation soit réglée,**
- au 1^{er} janvier de chaque année dans tous les autres cas.

L'inscription des ayants droit prend effet :

- à la même date que pour le participant ;
- ou à la date de la modification de sa situation de famille (*mariage, conclusion d'un PACS, concubinage...*) ou de naissance d'enfants, ou encore, à la date de cessation d'une garantie antérieure couvrant ses ayants droit.

Il est précisé que dans le cas d'un couple travaillant dans la même entreprise, l'un des deux membres du couple doit être affilié en propre, l'autre ne pouvant l'être qu'en qualité d'ayant droit.

■ Article 4.2 - Entrée en vigueur des garanties

Pour le participant, les garanties entrent en vigueur immédiatement, dès la prise d'effet de son affiliation, conformément aux dispositions de l'article 2.4 des présentes Conditions Générales.

Pour les ayants droit, les garanties entrent en vigueur à la même date que pour le participant ou à la date d'évolution de sa situation de famille conformément aux dispositions du dernier paragraphe de l'article 4.1 des présentes Conditions Générales.

■ Article 4.3 - Montant des garanties

Les montants des remboursements garantis par le présent contrat **correspondent à ceux prévus par l'Accord Départemental du 28 avril 2009** en ce qui concerne le régime conventionnel.

Ainsi qu'il est prévu par l'Accord, le participant peut opter pour une "formule optionnelle", le différentiel de cotisations afférent à cette amélioration des prestations étant intégralement à la charge du participant. Ce choix figure sur le bulletin qu'il remplit lors de son affiliation. Par la suite, il peut modifier son choix, immédiatement en cas de changement intervenant dans sa situation de famille ou au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve d'en avertir l'Institution 2 mois avant cette date.

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 3.**

Il est précisé que l'Institution prend en charge les actes de prévention ouvrant droit à remboursement de la part de la Mutualité Sociale Agricole, 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 4.4 - Limites et exclusions de garanties

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

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

1 - Limites liées au caractère "responsable" du contrat

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

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

2 - Limites liées aux actes ou aux frais

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

- les frais d'implantologie ;
- les frais personnels et accessoires (*suppléments éventuels pour boissons, téléphone, télévision, etc.*) en cas d'hospitalisation.

3 - Précisions en cas d'assurances cumulatives

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

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

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

■ Article 4.5 - Étendue territoriale des garanties

Les garanties s'exercent en France et à l'étranger quel que soit le pays dans lequel les dépenses de santé ont été engagées, dans la mesure où elles font l'objet d'un remboursement de la part de la MSA au titre des Assurances Sociales Agricoles.

■ Article 4.6 - Règlement des prestations et contrôle

Sauf pour les frais optique et dentaire, les prestations prévues au présent contrat sont réglées **directement par la CMSA** du participant, seul interlocuteur pour le remboursement de ses frais de santé complémentaires et obligatoires.

Les frais optique et dentaire sont réglés par le système dédié mis à la disposition de l'Institution par Groupama SA, partenaire de l'ANIPS.

Pour ces frais, le montant des remboursements pour certaines dépenses peut tenir compte du fait que ces dépenses ont été engagées auprès de praticiens appartenant au réseau des opticiens ou chirurgiens dentistes mis en place par le partenaire de l'Institution ou au contraire auprès de professionnels de santé n'appartenant pas à ce réseau.

Les coordonnées des opticiens et chirurgiens-dentistes membres du réseau des professionnels de santé partenaires sont communiquées sur simple appel au numéro de téléphone indiqué au participant.

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

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

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

■ Article 4.7 - Cessation des garanties

Les garanties du contrat prennent fin pour chaque participant et ses ayants droit à la date de la cessation de l'affiliation, telle qu'elle est prévue à l'article 2.5.

Il est précisé que les garanties cessent en tout état de cause pour les ayants droit du participant :

- **pour le conjoint** : à la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation judiciaire ;
- **ou pour le partenaire** : à la date de rupture du PACS ;
- **ou pour le concubin** : à la date à laquelle cesse le concubinage ;
- **pour les enfants** : dès qu'ils cessent d'être à charge au sens du contrat et, au plus tard, à la fin de l'année au cours de laquelle ils atteignent leur 21^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, de moins de 25 ans lorsqu'ils sont 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.

■ Article 4.8 - Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail supérieure à un mois civil

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

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.

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 l'employeur, ni par le participant.

A contrario, si le participant a choisi l'option "Extension famille" et/ou la formule optionnelle, il doit 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 présent contrat est maintenue à compter du premier jour du mois qui suit l'arrêt de travail.

Ce maintien d'affiliation s'effectue, tant que le participant bénéficie d'un maintien de salaire total ou partiel. Dans ce cas, les cotisations sont dues par l'employeur et par le participant.

De plus, si le participant a choisi l'option "Extension famille" et/ou la formule optionnelle, il doit 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

L'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, le participant, sous réserve de s'acquitter de la totalité de la cotisation (*part patronale et part salariale*), peut 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 l'employeur ou d'indemnités journalières financées au moins pour partie par l'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 de 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 le participant auprès de la caisse régionale de 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 son activité, le participant bénéficie à nouveau du contrat collectif.

En cas de rupture de son contrat de travail, les dispositions tarifaires prévues à l'article 4.9 lui sont applicables.

■ Article 4.9 - Maintien des garanties sous forme de contrat individuel en cas de rupture du contrat de travail

En application de la loi **89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi "Evin"**, 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.

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

Les ayants droit d'un participant décédé peuvent également demander à bénéficier dans les mêmes conditions d'un maintien de garanties à condition d'en faire la demande dans un délai de six mois suivant la date de ce décès.

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

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

- une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et indiquant le numéro de Sécurité Sociale du participant ou de chacun des intéressés est adressée à l'assureur.

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

En cas de mariage ou de remariage du participant ou de conclusion d'un PACS par celui-ci, cette disposition devient caduque de plein droit.

Conjoint

Conjoint de l'affilié 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 de l'assuré.

Crédit

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

Enfant à charge

Enfant du participant, de son conjoint, partenaire ou concubin :

- âgé de moins de 21 ans et bénéficiant du régime social de base du chef du participant, de son conjoint, partenaire ou concubin ;

- âgé de moins de 28 ans, poursuivant ses études et inscrit au régime de la Sécurité sociale des Etudiants 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, 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 25 ans, lorsqu'il justifie être 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 engagés par un assuré.

Hospitalisation

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

Maladie

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

Annexe 1 - Définitions

Accident

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

Ayant droit

Conjoint, partenaire ou concubin du participant et enfant(s) à charge définis ci-après.

Base de remboursement

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

Lorsque le participant s'adresse à un praticien ou à un 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.

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 vivant en concubinage avec le participant, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où :

- le participant et le concubin partagent le même domicile et sont 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 avec une autre personne*) ;

Maternité

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

Médecin traitant

Médecin choisi par le participant dont le nom est communiqué à la CMSA dont relève le participant. 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.

Pacte civil de solidarité - PACS

Un Pacte Civil de Solidarité est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (*article 515-1 du Code civil*).

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, en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés par le patient, une majoration du ticket modérateur est laissée à la charge du participant.

Partenaire

Co-contractant d'un PACS.

Plafond annuel de la Sécurité sociale

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

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.

UNCAM

Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie.

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

1 - Pharmacie

Le service de TIERS PAYANT PHARMACIE a pour objet de permettre au participant de bénéficier de la dispense d'avance des frais pharmaceutiques. Par ce système, le pharmacien peut délivrer, sans avance de fonds, les médicaments prescrits par un médecin sur ordonnance. Les frais pharmaceutiques correspondants sont réglés directement au pharmacien pour les parts obligatoires et complémentaires par la CMSA.

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

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

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

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

- en cas de résiliation du contrat, suite à la dénonciation de l'Accord Départemental du 28 avril 2009 ou suite à un changement d'organisme assureur ;
- en cas d'utilisations abusives répétées du système ;
- si le participant ne remplit plus les conditions d'ouverture des droits requis au titre de la Mutualité Sociale Agricole obligatoire dont il relève ;
- et en tout état de cause en cas de départ de l'entreprise du participant.

L'Institution se réserve le droit de réclamer au participant ou au pharmacien, tout indu relatif au système de tiers payant.

2 - Autres professions de santé

Dans le cas où dans le département de Saône et Loire, des accords seraient conclus entre l'Institution, la CMSA et d'autres professions de santé, des systèmes de tiers payant pourraient être offerts par d'autres professions de santé (*radiologie, analyses médicales, opticiens, soins externes dispensés dans les établissements hospitaliers...*). Il est précisé que ce système de tiers payant est mis en place et accepté par tous les opticiens partenaires du réseau Optique de l'assureur.

3 - Accord de prise en charge hospitalière

Objet

En cas d'hospitalisation, la CMSA délégataire délivre pour certains établissements, une prise en charge hospitalière.

Le participant n'a pas à avancer les frais pris en charge par l'assurance complémentaire frais de santé directement réglés par la CMSA à l'exclusion de tout dépassement d'honoraires et des frais accessoires (*suppléments éventuels pour boissons, télévision, téléphone, etc.*).

Conditions d'application

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

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

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

- La prise en charge n'est donc pas délivrée :
- en clinique agréée non conventionnée ;
 - pour les hospitalisations dites en secteur privé dans les Établissements publics ;
 - en maison de repos,
 - en cas de défaut de prise en charge par la CMSA pour le régime de base.

Formalités administratives

Sur présentation du justificatif d'identification du participant, l'établissement hospitalier sollicite la prise en charge auprès de l'Institution.

Lorsque les conditions requises sont remplies, l'Institution ou la CMSA délégataire transmet un "bon de prise en charge" à l'établissement hospitalier.

De ce fait, aucune avance de fonds, à hauteur des garanties souscrites, n'est réclamée au participant - hormis les dépassements d'honoraires et autres frais accessoires (*suppléments éventuels pour boissons, téléphone, etc.*) - et l'Institution se substitue au participant pour le règlement à l'établissement hospitalier, des frais laissés à la charge de l'intéressé.

Annexe 3 - Tableau des garanties

Le salarié choisit, pour lui-même et l'ensemble de ses ayants droit s'il a opté pour "l'Extension famille", 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) 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.

| | Régime conventionnel | Formule optionnelle |
|--|---|---|
| FRAIS MÉDICAUX | | |
| Consultation de médecin ou spécialiste | 30 % | 80 % |
| Auxiliaires médicaux, soins infirmiers | 40 % | 40 % |
| Massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sage-femmes | 40 % | 40 % |
| Analyses, examens de laboratoire | 40 % | 40 % |
| Radiographie, électroradiographie | 30 % | 80 % |
| Actes de prévention responsable | 30 à 65 % | 30 à 65 % |
| 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 |
| HOSPITALISATION | | |
| Frais de soins et séjours (conventionnés ou non) | 0 à 20 % | Secteur conventionné : frais réels Secteur non conventionné : 90 % des frais réels |
| Dépassement d'honoraires | 220 % | 220 % |
| Frais d'accompagnement (lit+repas) | 30 €/jour (pour enfant de moins de 16 ans) | 50 €/jour limité à 10 jours/an sans limite d'âge |
| Forfait hospitalier | 100 % dès le 1 ^{er} jour | Frais réels |
| Chambre particulière | 25 €/jour | 75 €/jour limité à 60 jours/an puis 25 €/jour |

| | Régime conventionnel | | Formule optionnelle | |
|---|---|---|--|---|
| MATERNITÉ | | | | |
| Dépassement d'honoraires et chambre particulière | Crédit d'1/3 du PMSS/bénéficiaire/maternité | | Crédit d'1/3 du PMSS/bénéficiaire/maternité | |
| PSYCHIATRIE | | | | |
| Frais de soins et de séjours | Idem hospitalisation | | Idem hospitalisation | |
| Dépassement d'honoraires et chambre particulière | Crédit d'1/3 du PMSS /bénéficiaire/an | | 75 €/jour limité à 45 jours/an | |
| CURES THERMALES | | | | |
| Honoraires de surveillance médicale | 30 % pour les enfants uniquement | | 30 % | |
| Frais de traitements thermaux | 35 % pour les enfants uniquement | | + forfait de 150 €/an/bénéficiaire | |
| Transports | 35 % | | 35 % | |
| PHARMACIE | | | | |
| Médicaments remboursables | 0 à 85 % | | 0 à 85 % | |
| Vaccins prescrits mais non remboursés | 25 €/an/famille | | 40 €/an/famille | |
| APPAREILLAGE | | | | |
| Prothèse auditive acceptée | 390 % | | 390 % | |
| Prothèse auditive refusée | - | | 150 €/an | |
| Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, autres prothèses | 0 à 35 % | | 85% | |
| Fauteuil roulant | - | | 200 €/an | |
| Forfait actes lourds (18 €) | 100 % du forfait | | 100 % du forfait | |
| DENTAIRE | | | | |
| | Hors réseau partenaires | Réseau partenaires Groupama | Hors réseau partenaires | Réseau partenaires Groupama |
| Soins (sauf Inlay/Onlay) | 30 % | 100 % FR | 30 % | 100 % FR |
| Inlay/Onlay | - | 30 % BR | - | 30 % BR |
| Prothèses dentaires prises en charge (et Inlay core) | 280 % + 300 €/an | 300 % + un crédit de 300 €/an | 340 % + un crédit de 400 €/an | 390 % + un crédit de 400 €/an |
| Parodontologie | - | - | 75 €/an | 150 €/an |
| Orthodontie prise en charge | 200 % | | 200 % | |
| OPTIQUE | | | | |
| | Hors réseau partenaires | Réseau partenaires Groupama | Hors réseau partenaires | Réseau partenaires Groupama |
| Soins et honoraires | Cf. consultation spécialiste | | | |
| Verres, montures, lentilles prises en charge | 390 % + crédit de 200 € avec majoration de 75 €/an si pas de consommation pendant 2 ans (lentilles prises en charge uniquement) | - | Crédit de 300 €/an et jusqu'à 500 € si pas de consommation pendant 5 ans (lentilles prises en charge ou non) | - |
| Verres | - | 100 % FR prix négociés* | - | 100 % FR prix négociés* |
| Montures et lentilles | - | Forfait de 200 €/an (lentilles prises en charge uniquement) | - | Forfait de 250 €/an (lentilles prises en charge ou non) |

*100% des prix négociés : prise en charge intégrale des verres sélectionnés par les opticiens partenaires et GROUPAMA dans la limite de deux verres /an /personne.

FR : Frais réellement engagés

BR : Base de remboursement du régime social de base

PMSS : Salaire Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale