

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



Assurance complémentaire Frais de santé

NOTICE D'INFORMATION

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



Préambule	3
Quelques mots clés de votre régime	4
Titre 1 - Présentation du régime "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	8
Article 1.7 - Maintien des garanties sous forme de contrat individuel	9
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 Départemental du 28 avril 2009**, les partenaires sociaux de la production agricole ont mis en place **une protection sociale complémentaire en Agriculture pour le département de la Saône-et-Loire**.

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

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 Départemental du 28 avril 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-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 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 Départemental du 28 avril 2009.

La présente notice a pour objet de vous présenter les garanties "de l'assurance complémentaire frais de santé" prévues par l'Accord Départemental du 28 avril 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 Départemental 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 21 ans et bénéficiant de votre régime social de base, de celui de votre conjoint, partenaire ou concubin ;
- 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 25 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.

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

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

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.

■ Article 1.1 - Objet

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

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

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

Compte tenu des dispositions de l'Accord Départemental du 28 avril 2009, vous pouvez opter pour une extension des garanties à vos ayants droit et/ou pour des garanties supérieures dans le cadre de la formule optionnelle. Le différentiel de cotisation dans le cadre de ces choix d'options est intégralement à votre charge.

■ 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'Institution.

En conséquence, ce contrat ne peut être remis en cause qu'à la suite d'une décision des partenaires sociaux signataires de l'Accord Départemental du 28 avril 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 la même 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 depuis au moins six mois dans la même 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 de dispenses d'affiliation

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 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 affilié au 1^{er} janvier 2010 ;**
- **à défaut, avant la fin du mois qui suit celui de l'acquisition de l'ancienneté ou à la date de prise d'effet de l'adhésion si elle intervient après le 1^{er} janvier 2010.**

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. À cette date, si vous êtes licencié ou invalide et en faites la demande, vous pourrez contracter aux conditions de souscription et aux tarifs en vigueur, un contrat proposé à titre individuel dans les conditions définies à l'article 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 l'option "Extension famille" et/ou la formule optionnelle, vous devez continuer à verser la cotisation correspondante.

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 l'option "Extension famille" et/ou la formule optionnelle, vous devez continuer à verser la cotisation correspondante.

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 Rhône Alpes Auvergne, 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 Rhône Alpes Auvergne 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 Départemental du 28 avril 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 Rhône Alpes Auvergne, partenaire de l'ANIPS, 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 (*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 Rhône Alpes Auvergne 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 à 0,92 % du salaire plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS).

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

Extension Famille

- Tarif "famille" (vous et l'ensemble de vos ayants droit) : **2,76 % du PMSS** soit une sur-cotisation de **1,84 % du PMSS à votre charge exclusive** ;

Formule optionnelle

- Tarif "isolé" (vous à l'exclusion de vos ayants droit) : **1,18 % du PMSS** soit une sur-cotisation de **0,26 % du PMSS à votre charge exclusive** ;
- Tarif "famille" (vous et l'ensemble de vos ayants droit) : **3,54 % du PMSS** soit une sur-cotisation de **2,62 % du PMSS à votre charge exclusive**.

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.

Modalités de règlement

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 ; 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 de cotisation dû pour l'Extension famille et/ou la formule optionnelle est entièrement à votre charge. Il est directement appelé auprès de vous par la CMSA de manière distincte du régime 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 de la commission paritaire de suivi.

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

Toutefois, ainsi qu'il est prévu par l'Accord, vous pouvez également opter pour une "Extension famille".

Extension famille (conjoint et/ou enfant)

Vous pouvez à titre facultatif étendre la couverture prévue dans le cadre du régime obligatoire à tout ou partie de votre famille (*ayants droit tels que définis par les "Mots clés de votre régime"*).

Ce choix figure sur le bulletin que vous remplissez lors de votre affiliation. Par la suite, vous pouvez modifier votre choix :

- immédiatement en cas de changement intervenant dans votre situation de famille ou si la demande a pour cause le terme normal d'une garantie antérieure couvrant vos 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 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, ou encore, à la date de cessation d'une garantie antérieure couvrant vos ayants droit.

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

■ 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 départemental du 28 avril 2009.**

Ainsi, qu'il est prévu par l'Accord, vous avez la possibilité d'améliorer le niveau de prestations prévues dans le régime conventionnel obligatoire. Dans ce cas, vous souscrivez à la formule optionnelle. Cette souscription d'un régime amélioré entraîne obligatoirement la couverture de l'ensemble de vos ayants droit si vous avez opté pour l'Extension famille.

Ce choix figure sur le bulletin que vous remplissez lors de votre affiliation. Par la suite, vous pouvez 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 de 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

Sauf pour les frais optique et dentaires, 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.

Les frais optiques et dentaires 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 peut tenir compte du fait que les 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 vous sont communiquées sur simple appel au numéro de téléphone qui vous est indiqué.

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 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, ou leur 25^e anniversaire 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.

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 Départemental du 28 avril 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 le cas où dans votre département, 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, 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 si vous avez opté pour "l'Extension famille", l'une ou l'autre des deux formules 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
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 %

FR : Frais réellement engagés

BR : Base de remboursement du régime social de base

PMSS : Salaire Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

Vos contacts

	Régime conventionnel		Formule optionnelle	
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

Pour tous renseignements ou questions relatives :

■ **aux prestations Santé hormis les frais optiques et dentaires :**

adressez vous à **votre caisse de MSA** ; pour connaître les bases de remboursements actualisées du régime social de base, vous pourrez consulter le site internet : www.ameli.fr ;

■ **aux frais optiques et dentaires :**

vous pourrez vous adresser au **09 69 32 33 12** ;

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

adressez vous à votre Caisse Régionale GROUPAMA, partenaire de l'ANIPS :

GROUPAMA Rhône Alpes Auvergne

50 rue de Saint Cyr

69251 Lyon cedex 09