

Assurance complémentaire Frais de santé

CONDITIONS GÉNÉRALES

AYANTS DROIT DES SALARIÉS NON CADRES

DE LA PRODUCTION AGRICOLE

RELEVANT DE L'ACCORD NATIONAL DU 10 JUIN 2008

SOMMAIRE

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	5
Article 1-6 RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE	5
Article 1-7 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	5
TITRE 2 EXÉCUTION DU CONTRAT	6
Article 2-1 ADHÉSION DES ENTREPRISES AU CONTRAT	6
Article 2-2 PRISE D'EFFET - DURÉE ET RÉVISION DU CONTRAT	7
Article 2-3 GROUPE ASSURÉ	8
Article 2-4 PERSONNES GARANTIES - INSCRIPTION DES AYANTS DROIT	8
Article 2-5 CESSATION DE L’AFFILIATION	9
Article 2-6 OBLIGATIONS DE L’INSTITUTION	10
Article 2-7 OBLIGATIONS DE L’ENTREPRISE ADHÉRENTE	10
Article 2-8 OBLIGATIONS DU PARTICIPANT	11
TITRE 3 LES COTISATIONS	12
Article 3-1 MONTANT DES COTISATIONS	12
Article 3-2 MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS	12
Article 3-3 DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	13
TITRE 4 LES GARANTIES	14
Article 4-1 BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES	14
Article 4-2 ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES	14
Article 4-3 MONTANT DES GARANTIES	14
Article 4-4 LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIES	14
Article 4-5 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES	15
Article 4-6 RÈGLEMENT DES PRESTATIONS ET CONTRÔLE	15
Article 4-7 CESSATION DES GARANTIES	16
Article 4-8 DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL DU PARTICIPANT SUPÉRIEUR À UN MOIS	16
Article 4-9 MAINTIEN DE GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL	16
ANNEXE 1 DÉFINITIONS	18
ANNEXE 2 SERVICE TIERS PAYANT	22
ANNEXE 3 TABLEAU DES GARANTIES	24

PRÉAMBULE

Par accord national du 10 juin 2008, les partenaires sociaux de la production agricole ont mis en place une protection sociale complémentaire en Agriculture.

Cet accord, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2010, instaure un régime de prévoyance permettant à tous les salariés non cadres de la production agricole de bénéficier d'un niveau minimal de protection sociale complémentaire harmonisé sur l'ensemble du territoire à l'exception des départements d'outre-mer, en matière de garanties :

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

AGRI-PRÉVOYANCE et l'ANIPS ont été co-désignés comme assureurs des garanties prévoyance et santé sur la base d'une répartition géographique. Compte tenu de la région dans laquelle se situe l'entreprise, l'institution Anips est assureur dudit régime.

En complément de l'Accord national du 10 juin 2008, les partenaires sociaux, l'Anips et Agri Prévoyance ont conclu une convention de gestion prévoyant notamment une possibilité d'octroi des garanties Frais de santé aux conjoint (partenaire d'un pacte civil de solidarité ou concubin) et enfants à charge des salariés non cadres de la production agricole bénéficiaires du régime mis en place par l'Accord national précité, dans le cadre d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire souscrit par l'entreprise.

Le présent régime complémentaire au régime Frais de santé de l'institution mis en place au profit des salariés non cadres de la production agricole relevant de l'Accord national du 10 juin 2008 s'inscrit donc dans le cadre de cette option prévue par la convention de gestion.

Les références du contrat Frais de santé de l'institution précité, auquel celui-ci est complémentaire, figurent au certificat d'adhésion valant conditions particulières.

Cette extension des garanties Frais de santé aux ayants droit du participant est mise en œuvre par le présent contrat.

TITRE 1

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1-1

OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat est un contrat collectif à adhésion obligatoire ayant pour objet de garantir, **à l'ensemble des ayants droit des salariés non cadres présents et à venir, affiliés au régime complémentaire santé instauré par l'Accord National du 10 juin 2008 et comptant un an d'ancienneté dans l'entreprise au titre de leur contrat de travail en cours**, le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées pour leur compte, en complétant, acte par acte, les prestations versées par le régime de base, **dans la limite des frais réellement engagés**.

Ce contrat ne peut être souscrit qu'en complément du contrat de l'institution mettant en œuvre le régime complémentaire santé instauré par l'accord national du 10 juin 2008 au profit des salariés précités.

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

ORGANISME ASSUREUR

Les garanties du contrat sont assurées par ANIPS – Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance des Salariés – 4/6, avenue d'Alsace – 92033 Paris La Défense, ci-après dénommée « l'institution », 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 soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM), dont le siège se situe 61 rue Taitbout – 75009 Paris.

Article 1-4

DÉLÉGATION DE GESTION

Conformément aux dispositions de la convention de gestion conclue entre les partenaires sociaux, l'Anips et Agri Prévoyance, en complément des dispositions de l'Accord National du 10 juin 2008, la gestion administrative des adhésions, des affiliations, du recouvrement des cotisations 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 salariés non cadres affiliés au régime complémentaire santé instauré par l'Accord national du 10 juin 2008.

Article 1-5 PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'institution en a eu connaissance,
- 2° 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.

Quand l'action de l'entreprise adhérente, du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'entreprise adhérente, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

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 l'ayant droit du 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.

Article 1-7 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les données personnelles concernant les participants et/ou les ayants droit des participants sont traitées dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion des affiliations et des garanties. Elles sont destinées aux services de l'Institution, au(x) mandataire(s) et sous traitants, assureur(s), réassureur(s) ainsi qu'aux organismes professionnels intervenant au contrat.

Les intéressés disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition qu'ils peuvent exercer auprès du siège de l'institution.

Les données peuvent être utilisées pour proposer aux participants et/ou à leurs ayants droit des offres commerciales du groupe Groupama et de ses partenaires, sauf opposition de leur part mentionnée sur le bulletin d'affiliation.

TITRE 2 EXÉCUTION DU CONTRAT

Article 2-1 ADHÉSION DES ENTREPRISES AU CONTRAT

1 – Champ d’application

Peuvent adhérer au présent contrat, les entreprises entrant dans le champ d’application de l’Accord National du 10 juin 2008, à savoir :

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

2 – Modalités d’adhésion des entreprises

Les entreprises qui désirent adhérer au présent contrat doivent remplir une « **demande d’adhésion** » par laquelle le signataire :

- . certifie bénéficier du contrat de l’institution mettant en œuvre le régime complémentaire Frais de santé institué par l’accord national du 10 juin 2008 pour l’ensemble de ses salariés non cadre comptant un an d’ancienneté dans l’entreprise au titre de leur contrat de travail en cours,
- . déclare adhérer au présent contrat de l’institution,
- . s’engage à affilier au présent contrat, tous les ayants droit de son personnel présents ou futurs appartenant à la catégorie bénéficiaire.

Comme dans le cadre du contrat de l’institution mettant en œuvre le régime complémentaire santé instauré par l’Accord national du 10 juin 2008, l’institution délègue aux CMSA le soin de procéder à l’enregistrement de l’adhésion des entreprises entrant dans le champ d’application de l’Accord national du 10 juin 2008.

Il est précisé que toute pièce fournie pour la gestion de l’adhésion de l’entreprise effectuée au titre du contrat de l’institution mettant en œuvre le régime complémentaire santé instauré par l’Accord national du 10 juin 2008 pourra également être utilisée au titre du présent contrat.

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 – Durée

Le contrat prend effet à la date figurant sur le certificat d'adhésion, sous réserve qu'il soit régularisé et retourné à l'Institution dans les délais prévus, étant précisé que cette date ne peut en aucun cas être antérieure à la date d'effet du contrat de l'institution mettant en œuvre les dispositions de l'Accord national du 10 juin 2008.

Sous réserve des dispositions prévues au paragraphe 2 ci-après et à l'article 3-3 :

- l'entreprise adhère au présent contrat pour une durée expirant le 31 décembre de l'année d'adhésion,
- le contrat se renouvelle ensuite par tacite reconduction, le 1^{er} janvier de chaque année, pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation par l'une des parties contractantes, notifiée par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant chaque date de renouvellement.

En tout état de cause, le présent contrat sera résilié de plein droit, et à même date d'effet :

- en cas de la dénonciation de l'accord national du 10 juin 2008 ou de sortie de l'entreprise de son champ d'application,**
- en cas de résiliation, quelque cause que ce soit, du contrat de l'institution mettant en œuvre les dispositions de l'Accord national du 10 juin 2008.**

2 – 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 National, notamment de celles applicables au régime social de base en ce qui concerne les bases et taux de remboursement. Si postérieurement à cette date, une nouvelle réglementation ou des dispositions prises par l'Uncam – Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie en application de mesures législatives ou réglementaires, entraîne(nt) une modification des engagements de l'entreprise adhérente et de l'institution, les dispositions suivantes seront applicables en cours d'exercice, selon le contexte et les contraintes réglementaires.

Il est précisé que ces dispositions seront mises en œuvre après consultation et concertation avec les partenaires sociaux signataires de la convention de gestion de l'Accord national du 10 juin 2008 et qu'elle feront le cas échéant l'objet d'un avenant à ladite convention de gestion.

- ⇒ Lorsque la révision est motivée par la nécessité de conserver au contrat son caractère « responsable » : l'institution indiquera à l'entreprise adhérente les modifications nécessaires pour maintenir au contrat son caractère « responsable ». En cas de refus, l'institution adressera à l'entreprise adhérente une lettre recommandée l'informant de la résiliation du contrat.
- ⇒ Lorsque la révision est motivée par une modification des dispositions de l'Accord national du 10 juin 2008 (prestations et/ou cotisations) : l'institution indiquera à l'entreprise adhérente les modifications à apporter au présent contrat. En cas de refus, l'institution adressera à l'entreprise adhérente une lettre recommandée l'informant de la résiliation du contrat.
- ⇒ Lorsque la modification est motivée par d'autres évolutions de la législation ou réglementation de la Sécurité Sociale : l'institution procédera à l'ajustement de la cotisation. Si l'entreprise adhérente ne donne pas suite à la proposition de l'institution ou refuse expressément la nouvelle cotisation, l'institution peut résilier le contrat 10 jours après notification par lettre recommandée. L'institution se réserve aussi la faculté d'établir son remboursement en référence à la législation en vigueur lors de la souscription du contrat.

Par ailleurs, l'Institution pourra éventuellement procéder, si les résultats du régime devenaient déficitaires, après concertation avec les partenaires sociaux et conclusion éventuelle d'un avenant à la convention de gestion précitée, à une révision tarifaire ou à une diminution des garanties. Dans ce cas, l'entreprise adhérente en serait informée au moins 3 mois avant la date de renouvellement du contrat.

Toute taxe ou contribution qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite, serait 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, présents et à venir, affiliés au régime complémentaire santé instauré par l'Accord national du 10 juin 2008 et mis en œuvre par l'institution et comptant un an d'ancienneté dans l'entreprise au titre de leur contrat de travail en cours. Ils sont ci-après dénommés « le participant ».**

Ces salariés bénéficient des dispositions du présent contrat au profit de l'ensemble de leur ayants droits, présents et futurs, tels que définis en annexe du présent contrat.

Les salariés ayant demandé une dispense d'affiliation au régime complémentaire santé instauré par l'Accord national du 10 juin 2008 mis en œuvre par l'institution en application de l'Accord national précité ainsi que leurs ayants droit ne peuvent pas bénéficier des dispositions du présent contrat, tant que cette dispense produira ses effets.

Le salarié répondant à cette définition est ci-après dénommé « **participant** ».

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

Article 2-4 **PERSONNES GARANTIES – INSCRIPTION DES AYANTS DROIT**

L'Institution délègue aux CMSA le soin de déterminer les ayants droit des participants à affilier au sein de l'entreprise adhérente.

L'inscription des ayants droit s'effectue sans questionnaire et sans examen médical préalable.

1 – Principe : affiliation obligatoire des ayants droit

L'ensemble des ayants droit présents et futurs doivent **être obligatoirement affiliés au présent contrat, dès lors que le participant dont il relève est assuré au titre du contrat de l'institution mettant en œuvre les dispositions de l'Accord National du 10 juin 2008.**

Selon les dispositions prévues dans l'acte instituant le régime Frais de santé mis en œuvre par le présent contrat, déclarées par l'entreprise adhérente et le choix retenu par celle-ci pour le règlement des cotisations, précisés au certificat d'adhésion valant conditions particulières, les garanties du contrat sont accordées :

➤ **Conjoint/Enfant** :

- au conjoint, partenaire d'un pacte civil de solidarité ou concubin du participant et à ses enfants à charge, tels qu'ils sont définis en annexe n° 1, l'ensemble des ayants droit du participant étant obligatoirement inscrit au contrat.

➤ Famille :

- au conjoint, partenaire d'un pacte civil de solidarité ou concubin du participant et à ses enfants à charge, tels qu'ils sont définis en annexe n° 1, l'ensemble de ces personnes assurées étant obligatoirement inscrit au contrat et rattaché à la catégorie « **Famille** ».

2 – Dérogation : Cas d'affiliations facultatives

Selon les dispositions prévues dans l'acte instituant le régime Frais de santé déclarées par l'entreprise adhérente, l'obligation d'affiliation de l'ensemble des ayants droit du salarié ne trouve pas à s'appliquer dans les cas suivants :

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

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

Dès que les conditions requises à la dispense d'affiliation ne sont plus remplies, le participant doit en informer l'entreprise adhérente. Il doit alors, pour le compte de ses ayants droit, obligatoirement être inscrit au présent contrat à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant.

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

L'inscription des ayants droit du participant prend effet à la date d'affiliation du participant au contrat de l'institution mettant en œuvre les dispositions de l'Accord national du 10 juin 2008 (à savoir le 1^{er} jour du mois civil au cours duquel le salarié atteint l'ancienneté d'un an) et au plus tôt à la date d'effet du présent contrat.

En cas de modification de la situation de famille du participant (notamment en cas de mariage, de conclusion d'un PACS, de concubinage ou de naissance d'enfant) intervenant à compter de la date d'effet du présent contrat, l'inscription du nouvel ayant droit prendra effet à la date de cette modification de la situation de famille.

Article 2-5 CESSATION DE L’AFFILIATION

L'affiliation du participant et par conséquent l'inscription de ses ayants droit au présent contrat cessent dans les exactes conditions prévues au titre du contrat de l'institution mettant en œuvre les dispositions de l'Accord national du 10 juin 2008, à savoir :

- le dernier jour du mois au cours duquel le participant cesse d'appartenir au groupe assuré,
- 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,
- 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 du participant.
- le dernier jour du mois au cours duquel il cesse de percevoir une rémunération.

En ce qui concerne les ayants droit du participant inscrits au présent contrat, leur inscription cesse dans les conditions prévues ci-avant et en tout état de cause :

- 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 de cessation du concubinage,
- pour les enfants : dès qu'ils cessent d'être à la charge du participant au sens du contrat et au plus tard, à la fin de l'année au cours de laquelle ils atteignent leur 21^{ème} anniversaire ou leur 28^{ème} anniversaire s'ils poursuivent leurs études et sont inscrits à ce titre à la Sécurité Sociale des étudiants ou au régime général au titre de la CMU ou s'ils sont en contrat d'apprentissage.
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.

Par ailleurs, lorsque le participant ne perçoit plus de rémunération, est licencié, invalide ou retraité, des dispositions spécifiques de maintien de garanties aux ayants droit sont prévues ci-après aux articles 4-8 et 4-9.

Article 2-6

OBLIGATIONS DE L'INSTITUTION

L'Institution s'engage à établir et remettre à l'entreprise adhérente une notice d'information détaillée définissant les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque et précisant le contenu des clauses édictant des nullités, déchéances, exclusions ou limitations de garanties.

Article 2-7

OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE

1 – A l'égard des participants

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 établie par l'Institution telle que définie à l'article 2-6,
- avertir, par écrit, le participant et les ayants droit des modifications apportées à leurs droits et obligations à la suite d'une révision du régime ;
- prévenir les participants ou les ayants droit lorsqu'ils sortent du groupe assuré des conditions dans lesquelles ils peuvent bénéficier du maintien de garanties, 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 – A l'égard de l'Institution

L'entreprise adhérente s'oblige à :

- inscrire au présent contrat et à y maintenir l'ensemble de ses salariés appartenant au groupe assuré ainsi que l'ensemble de leurs ayants droit. **Cette disposition étant déterminante du consentement de l'institution, le contrat est résilié de plein droit en cas de non respect de cette obligation,**
- à verser les cotisations selon les modalités définies ci-après ;

- à répondre aux questions de l'Institution ou des CMSA relatives à l'application du contrat ;
- à fournir aux CMSA les éléments nécessaires à la gestion du présent contrat, notamment la liste des participants et chacun de leur bulletin individuel d'affiliation indiquant notamment le nom et prénom de chacun de leurs ayants droit ainsi que les éventuelles dispenses d'affiliation.

Article 2-8

OBLIGATIONS DU PARTICIPANT

Chaque participant s'oblige à :

- déclarer l'ensemble de ses ayants droit au moyen d'un bulletin individuel d'affiliation,
- accepter le précompte des cotisations ;
- 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.

TITRE 3 LES COTISATIONS

Article 3-1

MONTANT DES COTISATIONS

Les garanties du présent contrat sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation complémentaire à celle du contrat de l'institution mettant en œuvre les dispositions de l'Accord national du 10 juin 2008, fixée, de la façon suivante :

➤ Conjoint/Enfant :

La cotisation est fixée en pourcentage du salaire plafond annuel de la Sécurité Sociale à :

✓ *Pour le conjoint, partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin*

- **0,99 % du montant du salaire plafond annuel de la Sécurité Sociale**, pour les entreprises, hors départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle,
- **0,51 % du montant du salaire plafond annuel de la Sécurité Sociale**, pour les entreprises des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

✓ *Par enfant à charge*

- **0,70 % du montant du salaire plafond annuel de la Sécurité Sociale**, pour les entreprises, hors départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle,
- **0,35 % du montant du salaire plafond annuel de la Sécurité Sociale**, pour les entreprises des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Il est précisé que tant que plus de deux enfants sont couverts en qualité d'ayant droit d'un même participant, le 3^{ème} enfant et les suivants sont garantis sans contrepartie de cotisation (gratuité à partir du 3^{ème}).

➤ Famille :

La cotisation est fixée, pour l'ensemble des ayants droit d'un même participant, en pourcentage du salaire plafond annuel de la Sécurité Sociale à :

- **1,29 % du montant du salaire plafond annuel de la Sécurité Sociale**, pour les entreprises, hors départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle,
- **0,74 % du montant du salaire plafond annuel de la Sécurité Sociale**, pour les entreprises des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Ces pourcentages sont applicables pour l'exercice 2010 dans le cadre de la réglementation applicable au 1^{er} janvier 2009.

Ils seront ensuite indexés en fonction de l'indice national moyen sur les trois dernières années de la Consommation Médicale Totale pour maintenir l'équilibre du régime, sauf si ses résultats et l'évolution de la réglementation ne justifient pas une telle indexation.

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.

Ces cotisations sont appelées et recouvrées par la CMSA, conjointement aux cotisations sociales de base et du contrat de l'institution mettant en œuvre les dispositions de l'Accord national du 10 juin 2008, dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités.

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

Article 3-3

DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Les entreprises adhérentes sont tenues comme seules responsables du versement des cotisations, même si tout ou partie de celles-ci est à la charge effective des participants.

Conformément à l'article L. 932-9 du Code de la Sécurité Sociale, en cas de non-paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance et indépendamment du droit pour l'Institution de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie sera suspendue 30 jours après la mise en demeure de payer, résultant de l'envoi d'une lettre recommandée imposée par la réglementation en vigueur par l'institution et stipulant que, dix jours après l'expiration de ce délai, si la cotisation n'est pas acquittée, le contrat est résilié.

TITRE 4 LES GARANTIES

Article 4-1

BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

Les garanties sont accordées **aux ayants droit du participant, dans la mesure où ils bénéficient de droits ouverts au titre des prestations en nature du régime social de base.**

Article 4-2

ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Les garanties entrent en vigueur immédiatement, dès la prise d'effet de l'affiliation des ayants droit du participant, conformément aux dispositions de l'article 2 - 4 des présentes Conditions Générales.

Article 4-3

MONTANT DES GARANTIES

Les montants des remboursements garantis par le présent contrat **correspondent à ceux prévus par l'Accord national du 10 juin 2008 et à ceux prévus au contrat de l'institution mettant en œuvre les dispositions dudit Accord au bénéfice du participant lui-même.**

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 du régime social de base, 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 du régime social de base français.

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 du régime social de base 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 des garanties :

- la participation fixée à l'article R.322-8 du Code de la Sécurité Sociale à 18 euros pour les actes affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 50, soit d'un tarif égal ou supérieur à 91 euros ;
- les frais d'implantologie ou de parodontologie ;
- les frais personnels et accessoires (suppléments éventuels pour boissons, téléphone, télévision, etc.) en cas d'hospitalisation.

3 - Précisions en cas d'assurances cumulatives

Les remboursements du régime social 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, l'ayant droit peut obtenir remboursement de ses frais en s'adressant à l'organisme de son choix.

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

Article 4-5

ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

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

Article 4-6

RÈGLEMENT DES PRESTATIONS ET CONTRÔLE

Les prestations prévues au présent contrat sont réglées directement par la CMSA, seul interlocuteur pour le remboursement des frais de santé complémentaire et éventuellement obligatoire.

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 ou l'ayant droit 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 du régime social de base, 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.

Article 4-7

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties du présent contrat prennent fin pour chaque participant et chaque ayant droit du participant à la date de la cessation de l'affiliation telle qu'elle est prévue à l'article 2-5 des présentes Conditions Générales.

Article 4-8

DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL DU PARTICIPANT SUPÉRIEURE À UN MOIS CIVIL

En cas de suspension du contrat de travail du participant 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 avec versement de salaire par l'entreprise adhérente ou versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'entreprise adhérente

L'affiliation au présent contrat du participant et l'inscription de ses ayants droit sont maintenues à compter du 1^{er} jour du mois qui suit l'arrêt total et continu de travail. Ce maintien d'affiliation s'effectue, tant que dure le maintien de salaire total ou partiel, sur les mêmes bases que celles prévues pour les salariés exerçant leur activité professionnelle : mêmes prestations et mêmes cotisations appelées à l'employeur.

2 - Suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à un mois civil sans versement de salaire par l'entreprise adhérente ou versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'entreprise adhérente

L'affiliation au présent contrat du participant et l'inscription de ses ayants droit cessent à compter du 1^{er} jour du mois qui suit l'arrêt total et continu de travail.

Toutefois, le participant peut demander, pour le compte de ses ayants droit, dans la mesure où il effectue la même demande de maintien de garanties pour lui-même et sous réserve de s'acquitter de la totalité de la cotisation, à la Caisse Régionale GROUPAMA du département ou se situe l'entreprise à souscrire un contrat individuel pour le maintien des garanties aux mêmes conditions que les salariés présents dans l'entreprise.

Article 4-9

MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL

1 – En cas de suspension du contrat de travail du participant d'une durée supérieure à un mois civil, sans versement de salaire par l'entreprise adhérente ou versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'entreprise adhérente

Conformément aux dispositions de l'article précédent, les garanties du présent contrat pourront être maintenues sous forme de contrat individuel, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire, lorsque les deux conditions suivantes sont remplies :

- absence de versement de salaire au participant par l'entreprise adhérente ;
- suspension du contrat de travail du participant d'une durée supérieure à un mois civil.

Pour être recevable, la demande d'adhésion au contrat individuel doit parvenir à l'Institution au plus tard un mois après la cessation de l'affiliation au présent contrat.

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

Le tarif individuel appliqué audit contrat individuel est identique à celui prévu dans le cadre de la convention de gestion afférente à l'Accord national du 10 juin 2008 en cas d'octroi, à titre individuel, des garanties aux ayants droit des participants.

2 - En cas de rupture du contrat de travail

Les participants dont le contrat de travail est rompu et qui répondent à l'une des conditions visées ci-dessous, pourront demander le maintien des garanties collectives de leurs ayants droit, dans la mesure où il effectue la même demande de maintien de garanties pour eux-mêmes, 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 bénéficiaire 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 garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du présent contrat collectif, sous réserve du paiement des cotisations depuis cette date.

3 - En cas de décès du participant

En application de la loi N° 89-1009 du 31 décembre 1989, les ayants droit d'un participant décédé inscrit au contrat de l'institution mettant en œuvre les dispositions de l'Accord national du 10 juin 2008 à la date du décès cessant d'être garantis par le présent contrat pourront demander leur adhésion à un **contrat individuel de même nature, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire**.

Ces personnes devront toutefois justifier qu'elles ont droit aux prestations en nature du régime social de base à titre obligatoire ou personnel, et qu'elles avaient la qualité d'ayant droit d'un participant décédé sous réserve d'avoir été inscrites au présent contrat à la date du décès du participant.

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.

Dans ces conditions, les garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du présent contrat, sous réserve du paiement des cotisations depuis cette date.

ANNEXE 1

DÉFINITIONS

Accident

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

Ayant droit

Conjoint, partenaire d'un pacte civil de solidarité ou concubin du participant et enfant(s) à charge tels que définis ci-après.

Base de remboursement

Ensemble des barèmes utilisés par les Caisses d'Assurance Maladie pour calculer les remboursements des dépenses de santé (tarif opposable, tarif d'autorité,...).

Lorsque l'ayant droit du 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, le régime social de base 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 du régime social de base français.

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 le participant vit en concubinage, 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),
- 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'institution.

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, ou le plus âgé, sera retenu.

En cas de mariage ou de remariage du participant ou de conclusion d'un PACS par celui-ci, la prise en compte du concubin devient caduque de plein droit.

Conjoint

Conjoint du participant 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

Est considéré comme « **enfant à charge** », l'enfant du participant, de son conjoint, partenaire ou concubin :

- âgé de moins de 21 ans (âge calculé par différence de millésime) 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 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,
- 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 ou pour un ayant droit du participant.

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.

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 ou l'ayant droit du participant dont le nom est communiqué à la Caisse d'assurance Maladie du régime social de base. 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 terme 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 soin

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 de l'ayant droit 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.

Régime social de base

Régime obligatoire de Sécurité Sociale ou Mutualité Sociale Agricole ou tout autre régime spécial légalement obligatoire de garanties sociales de salariés, et éventuellement le régime de Sécurité Sociale des Travailleurs Non Salariés ou le régime de la Sécurité Sociale des Étudiants.

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'ayant droit du participant 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 due par le patient ne sont pas prises en considération dans le calcul du ticket modérateur.

UNCAM

Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

ANNEXE 2

SERVICE TIERS PAYANT

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

① PHARMACIE

- le service de TIERS PAYANT PHARMACIE a pour objet de permettre aux participant et à ses ayants droit 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 par la caisse du régime social de base pour la part qui lui revient et par la CMSA pour la part complémentaire.

Entrent dans le cadre de la dispense d'avance, tous les produits pharmaceutiques, médicalement prescrits, dont la prise en charge par le régime social de base – 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.

Les Caisses d'assurance Maladie du régime social de base portent les droits complémentaires sur la Carte Vitale, ce qui dispense dans la plupart des cas le participant ou ses ayants droit de présenter la carte complémentaire (sous forme papier).

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

- en cas de résiliation du contrat,
- en cas d'utilisations abusives répétées du système,
- si le participant ou l'ayant droit du participant ne remplit plus les conditions d'ouverture des droits requis au titre du régime social de base obligatoire dont il relève.
- et en tout état de cause lorsqu'il cesse d'être affilié au contrat, notamment en cas de départ de l'entreprise du participant.

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

② AUTRES PROFESSIONS DE SANTÉ

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

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 ou son ayant droit n'a pas à avancer les frais pris en charge par la complémentaire Santé directement réglés par la CMSA à l'exclusion de tout dépassement d'honoraires et des frais accessoires (suppléments éventuels pour boissons, télévision, téléphone, etc.).

- Conditions d'application

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

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

- être conventionnés avec le régime social de base,
- bénéficier d'accord de tiers payant avec la CMSA, tant pour les frais de séjour que pour les honoraires.

La prise en charge n'est donc pas délivrée :

- en clinique agréée non conventionnée,
- pour les hospitalisations dites en secteur privé dans les Établissements publics,
- en cas de défaut de prise en charge par la CMSA pour le régime social de base.

- Formalités administratives

Sur présentation du justificatif d'identification de l'ayant droit 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 ou à son ayant droit – hormis les dépassements d'honoraires et autres frais accessoires (suppléments éventuels pour boissons, téléphone, etc.) – et l'Institution se substitue au participant ou à son ayant droit pour le règlement à l'établissement hospitalier, des frais laissés à la charge de l'intéressé.

ANNEXE 3 TABLEAU DES GARANTIES

Tableau de garanties annexé à l'Accord du 10 juin 2008 (détaillé)

Nature des risques	Remboursement complémentaire en % de la base de remboursement Sécurité Sociale
Frais médicaux	
Consultations, visites, médecins,	30%
Consultations spécialistes	30%
Actes techniques médicaux, petite chirurgie	30%
Sages femmes	30%
Auxiliaire médicaux, soins infirmiers,	40%
massages pédicures, orthophonistes, orthoptistes	40%
Analyses, examen de laboratoire	40%
Radiographie, électroradiologie	30%
Actes de prévention responsable	De 65% à 30%
Pharmacie	
Vignette bleue	35%
Vignette blanche	65%
Optique	
Montures, verres, lentilles, prise en charge acceptée par le régime de base MSA	390% + un crédit de 200 €/an
Dentaire	
Soins et honoraires	30%
Prothèses dentaires (remboursées par le régime de base)	140 % + un crédit de 300 €/an
Appareillage	
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives.	35%
Hospitalisation (secteur conventionné ou non)	
Frais de soins et séjours	0 ou 20%
Dépassement d'honoraires	150%
Chambre particulière	25€/jour
Forfait hospitalier	100% des frais réels
Maternité (secteur conventionné ou non)	
Frais de soins et séjours	-
Dépassement d'honoraires et chambre particulière	crédit d' 1/3 PMSS / bénéficiaire / maternité
Divers	
Transport pris en charge par le régime de base	35%

CERTIFICAT D'ADHESION VALANT CONDITIONS PARTICULIERES

REGIME FRAIS DE SANTÉ

**SALARIÉS NON CADRES DE LA PRODUCTION AGRICOLE
RELEVANT DE L'ACCORD NATIONAL DU 10 JUIN 2008**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Vos numéros de contrat :

- Contrat de l'institution mettant en œuvre les dispositions de l'Accord National du 10 juin 2008 :
- Contrat complémentaire Ayants droit des salariés :

Le présent certificat atteste que votre entreprise adhère à l'ANIPS et bénéficie, pour les ayants droit de ses salariés non cadres, dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire, des mêmes garanties que celles mises en place auprès de l'ANIPS au profit des salariés non cadres en application des dispositions de l'Accord National du 10 juin 2008 relatif à la Production Agricole.

Ce contrat prend effet le .

L'adhérent reconnaît avoir reçu un exemplaire de la notice d'information du contrat établie par l'Institution.

Fait à Paris, en double exemplaire, le

L'ADHÉRENT,

Représenté par

Agissant en qualité de

POUR L'INSTITUTION