

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

**DES ENTREPRISES ET EXPLOITATIONS DE POLYCLTURE ET D'ÉLEVAGE,
DES EXPLOITATIONS MARAÎCHÈRES ET DE CULTURES LÉGUMIÈRES DE PLEIN
CHAMP ET DES CUMA DE L'EURE RELEVANT DE L'ACCORD DÉPARTEMENTAL
DU 9 JUILLET 2009**

CONDITIONS GÉNÉRALES

2017

Votre site dédié : www.anips.fr

Votre plate-forme de gestion dédiée : 09 69 32 33 12 (numéro non surtaxé)



SOMMAIRE

TITRE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
Article 1-1 OBJET DU CONTRAT	4
Article 1-2 COMPOSITION DU CONTRAT	4
Article 1-3 ORGANISMES ASSUREURS	4
Article 1-4 DÉLÉGATION DE GESTION	4
Article 1-5 RÉSEAU DE SOINS	4
Article 1-6 PRESCRIPTION	5
Article 1-7 RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE	5
Article 1-8 RÉCLAMATION – MÉDIATION – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES - VIE PRIVÉE	5
Article 1-9 FAUSSE DÉCLARATION	6
Article 1-10 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	8
Article 1-11 LOI APPLICABLE ET JURIDICTION	8
TITRE 2 - EXÉCUTION DU CONTRAT	9
Article 2-1 ADHÉSION DES ENTREPRISES AU CONTRAT	9
Article 2-2 PRISE D'EFFET, DURÉE, RENOUVELLEMENT ET RÉSILIATION DU CONTRAT	9
Article 2-3 RÉVISION DU CONTRAT	9
Article 2-4 AFFILIATION ET ADMISSION DANS L'ASSURANCE	9
Article 2-5 DISPENSES D'AFFILIATION	11
Article 2-6 DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	12
Article 2-7 CESSATION DE L'AFFILIATION OU DE L'INSCRIPTION	13
Article 2-8 OBLIGATIONS DE L'INSTITUTION	13
Article 2-9 OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE	13
Article 2-10 OBLIGATIONS DU PARTICIPANT	14
TITRE 3 - LES COTISATIONS	15
Article 3-1 MONTANT DES COTISATIONS	15
Article 3-2 MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS	16
Article 3-3 ÉVOLUTION DES COTISATIONS	16
Article 3-4 DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	16
TITRE 4 - LES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	17
Article 4-1 ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES	17
Article 4-2 MONTANT DES GARANTIES	17
Article 4-3 LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIES	17
Article 4-4 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES	17
Article 4-5 RÈGLEMENT DES PRESTATIONS ET CONTRÔLE	18
Article 4-6 CESSATION DES GARANTIES	18
Article 4-7 PORTABILITÉ DES DROITS	18
Article 4-8 MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL	20
TITRE 5 - DÉFINITIONS	21
Article 5-1 DÉFINITIONS DES PERSONNES ASSURÉES	22
Article 5-2 AUTRES DÉFINITIONS	22
ANNEXES	
ANNEXE 1 - TABLEAU DES GARANTIES	26
ANNEXE 2 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES DE LA GARANTIE CASSE ET RÉPARATION DES PROTHÈSES DENTAIRES	29
ANNEXE 3 - TIERS PAYANT	31
ANNEXE 4 - TEXTE RÉGLEMENTAIRE	32

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de l'agriculture du département de l'Eure signataires de l'**Accord du 9 juillet 2009**, ont mis en place un régime de **protection sociale Complémentaire Santé** afin que les salariés agricoles non cadres (*salariés ne relevant pas de la convention collective nationale de prévoyance du 2 avril 1952, ni de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC*) des entreprises du département entrant dans le champ d'application dudit Accord **bénéficient d'une couverture Complémentaire Santé offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable.**

L'Accord précité a fait l'objet de révisions par avenants n° 1 du 25 septembre 2014, n° 2 du 11 décembre 2015 et n° 3 du 23 juin 2016. Par ce dernier avenant, les partenaires sociaux ont souhaité réviser en totalité les termes dudit Accord afin de l'adapter aux nouvelles obligations légales et réglementaires. Les dispositions dudit avenant abrogent et remplacent en totalité les termes de l'Accord du 9 juillet 2009 ainsi que de ses avenants n° 1 et n° 2 précités.

Les présentes conditions générales intègrent donc les dispositions de cet avenant.

TITRE 1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1-1 - OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat est un contrat collectif obligatoire ayant pour objet de garantir à **l'ensemble des salariés agricoles non cadres** visés à l'article 2-4 ci-après, le remboursement total ou partiel des dépenses de santé, en complétant, acte par acte, les prestations versées par le régime obligatoire de protection sociale (**sauf mention contraire au tableau de garanties figurant en annexe 1**), **et ce dans la limite des frais réellement engagés**.

Ce contrat permet également d'étendre à titre individuel et facultatif les garanties au conjoint, partenaire ou concubin et/ou aux enfants et ascendants à charge du participant (« Extension famille »).

Ce dernier prévoit également des services d'assistance définis dans l'annexe intitulée « Services Associés ».

Article 1-2 - COMPOSITION DU CONTRAT

Le contrat se compose des présentes conditions générales, de l'annexe « Services associés » et d'un certificat d'adhésion valant conditions particulières de l'entreprise.

Article 1-3 - ORGANISMES ASSUREURS

Le contrat santé est coassuré par :

AGRI-PREVOYANCE

21 rue de la Bienfaisance 75382 Paris cedex 08 – Institution de prévoyance membre du groupe AGRICA, régie par les dispositions de l'article L.727-2 II du code rural et de la pêche maritime et par le Titre III du Livre IX du code de la Sécurité sociale,

et,

ANIPS

Immeuble Michelet 4-8 Cours Michelet 92082 Paris La Défense – 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,

à hauteur de 50 % pour chacun.

L'ANIPS en est l'apériteur. AGRI-PREVOYANCE et l'ANIPS sont dénommées ci-après « l'Institution ».

La garantie « assistance » définie à l'annexe « Services associés » est assurée par MUTUAIDE ASSISTANCE - 8 avenue des Frères Lumière 94366 Bry-sur-Marne – entreprise régie par le code des assurances.

Ces entreprises sont soumises à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 61 rue Taitbout – 75009 Paris.

Article 1-4 - DÉLÉGATION DE GESTION

La gestion administrative des adhésions, des affiliations, du recouvrement des cotisations et du paiement des prestations « santé » (hormis les frais d'optique, les frais dentaires et les prestations d'assistance) afférente au présent contrat est déléguée à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole (CMSA) dont relèvent les entreprises adhérentes et les participants.

La gestion du paiement des prestations d'optique et dentaires est déléguée à Groupama SA partenaire de l'ANIPS.

Article 1-5 - RÉSEAU DE SOINS

Les salariés couverts ainsi que leurs éventuels ayants droit inscrits au contrat bénéficient des services proposés par le réseau de soins visé à l'annexe 1 – Tableau des garanties ci-après.

Article 1-6 - PRESCRIPTION

Conformément aux articles L.932-13 et L.932-19 du code de la Sécurité sociale, toute action relative aux garanties du présent contrat est prescrite par 2 ans, à compter de l'événement qui y donne naissance :

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.

En application de l'article L.932-13-3 du code de la Sécurité sociale, la prescription est interrompue lorsqu'une des causes ordinaires énumérées aux articles 2240 et suivants du code civil s'applique.

Il s'agit notamment de :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du code civil) ;
- une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du code civil) ;
- un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du code civil).

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestation ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Institution à l'entreprise adhérente en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant à l'Institution en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Article 1-7 - RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'Institution est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions du participant, ou de ses ayants-droit contre les tiers responsables conformément à l'article L.931-11 du code de la Sécurité sociale.

En application de ce texte, lorsque le participant est victime d'un accident (accident de la circulation, accident domestique, agression,...), il doit, sous peine de déchéance de garanties, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident, le nom de l'Institution en tant que tiers payeur.

Article 1-8 - RÉCLAMATION - MÉDIATION - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES - VIE PRIVÉE

1. RÉCLAMATION - MÉDIATION

Pour toute demande d'information ou toute réclamation (désaccord, mécontentement) relative au contrat, l'entreprise adhérente, le participant ou ses ayants droit (ou toute personne susceptible de bénéficier des prestations) peut(peuvent) s'adresser à son(leur) conseiller ou contact habituel ou éventuellement au service en charge de la relation avec la clientèle indiqué aux conditions particulières.

Si la réponse n'est pas satisfaisante, la réclamation peut être adressée au service « réclamations » de l'institution à l'adresse suivante :

- par courrier postal :
Service Réclamations ANIPS-GGVIE
TSA 91414
35090 RENNES Cedex
- par courriel : service.reclamations@ggvie.fr

Dans ces 2 cas, l'intéressé recevra un avis de réception de sa réclamation dans un délai de 10 jours ouvrables suivant sa réception. Celle-ci sera traitée dans les 2 mois au plus. Si tel n'est pas le cas, le demandeur en sera informé.

En dernier lieu, l'intéressé pourra recourir au Médiateur du CTIP :

- par courrier postal en lui écrivant à l'adresse suivante :
Médiateur du CTIP
10 rue Cambacérés
75008 Paris
- par voie électronique, en complétant le formulaire disponible sur le site internet www.ctip.asso.fr rubrique « Médiateur » puis « Formulaire de saisine en ligne du médiateur du CTIP »

Si l'avis du Médiateur du CTIP ne le satisfait pas, l'intéressé pourra éventuellement saisir la justice.

Le détail des modalités de traitement des réclamations est accessible auprès du conseiller ou contact habituel et dans la rubrique « Mentions légales » sur le site internet www.anips.fr.

2. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES - VIE PRIVÉE

Les données personnelles concernant les participants (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) sont traitées dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et des normes édictées par la CNIL.

Leur traitement est nécessaire à la passation, la gestion et l'exécution du contrat et des garanties, à la gestion des relations commerciales et contractuelles, à la gestion du risque de fraude ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur, selon finalités détaillées ci-dessous.

Droits d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition

Les personnes précitées disposent en justifiant de leur identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition sans frais, en s'adressant par courrier postal au service suivant :

ANIPS – Direction Générale
4-8 cours Michelet - 92082 Paris La Défense Cedex

Concernant les données de santé, ces droits s'exercent par courrier postal auprès du médecin conseil de l'institution.

Passation, gestion, exécution des contrats et gestion commerciale des clients et prospects

Les données concernant les participants (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) sont nécessaires à la gestion des relations commerciales et contractuelles.

Ces informations sont destinées, dans la limite de leurs attributions, au conseiller ou contact habituel, aux services de l'institution en charge de la gestion commerciale ou de la passation, gestion et exécution des contrats de chacune des garanties et à ses délégués, intermédiaires, mandataires, prestataires et sous traitants, ou aux autres entités du Groupe Groupama dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, aux co-assureurs, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs, professionnels de santé, Médecins-conseils et personnel habilité, aux organismes sociaux lorsqu'ils interviennent dans le règlement des sinistres et prestations ou lorsque l'institution offre des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux.

Des informations concernant les participants peuvent également être transmises à toutes personnes intéressées au contrat (entreprise adhérente, bénéficiaire du contrat et leurs ayants droit et représentants ; aux bénéficiaires d'une cession ou d'une subrogation des droits relatifs au contrat ; et s'il y a lieu aux responsables et leurs mandataires, aux tiers intéressés à l'exécution du contrat), ainsi qu'à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).

Lutte contre la fraude à l'assurance

Le participant (ou toute personne partie ou intéressée au contrat) est également informé que l'institution met en œuvre un dispositif tel que défini à l'article 1.9 ci-après ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de leur dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une

prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe Groupama. Dans ce cadre, des données personnelles concernant les participants (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des entités du Groupe Groupama dans le cadre de la lutte contre la fraude. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Pour répondre à ses obligations légales, l'institution met en œuvre des traitements de surveillance tels que définis à l'article 1.10 ci-après ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Communication institutionnelle et fonctionnement des instances

Du fait de sa qualité de membre adhérent à l'Anips, certaines données peuvent être utilisées pour adresser à l'entreprise adhérente des communications institutionnelles, des convocations aux Assemblées Générales légalement prévues, ainsi que tous documents nécessaires à la gestion des différentes instances (ex : statuts, délibérations...), par courrier postal ou par voie de communication électronique (email, SMS/MMS....).

L'adhérent peut s'opposer à tout moment à la transmission de communications institutionnelles.

L'adhérent peut également s'opposer à la transmission par voie électronique des convocations aux Assemblées Générales (sauf si statutairement prévu), ainsi qu'aux documents nécessaires à la gestion des instances. Dans ce cas, ces convocations légalement prévues lui seront transmises par courrier postal, et les documents utiles à la gestion des instances pourront être transmis soit par courrier, soit par tout autre canal.

Enregistrements téléphoniques

Dans le cadre de ses relations avec l'institution, le participant (ou toute personne partie ou intéressée au contrat) peut être amené à téléphoner à l'institution. L'institution informe les personnes concernées que leurs appels téléphoniques peuvent être enregistrés afin de s'assurer de la bonne exécution de ses prestations à leur égard et plus généralement faire progresser la qualité de service. Ces enregistrements sont destinés aux seuls services de l'institution en charge de l'appel considéré. Si le participant (ou toute personne partie ou intéressée au contrat) a été enregistré et souhaite écouter l'enregistrement d'un entretien, il peut en faire la demande selon les modalités décrites ci-dessus (voir rubrique « Droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition »).

Recueil et traitement des données de santé

Toute personne assurée accepte expressément le recueil et le traitement des données concernant sa santé. Nécessaires à la gestion des garanties, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale.

Elles sont exclusivement destinées aux médecins conseil de l'institution ou d'entités du Groupe Groupama en charge de la gestion des garanties du contrat, à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement (notamment ses délégués ou experts médicaux). Ces informations peuvent également être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées.

Si le participant ou l'ayant droit utilise la carte Vitale, il autorise le professionnel de santé à adresser à l'institution un relevé d'information pour permettre la mise en œuvre des prestations du contrat. Il autorise également l'échange d'informations avec son Régime obligatoire de protection sociale à la seule fin du traitement des prestations.

Transfert d'informations hors de l'Union européenne

Des données à caractère personnel concernant le participant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent faire l'objet de transferts vers des pays situés hors Union européenne, ce dont les intéressés sont informés par les présentes dispositions et qu'ils autorisent de manière expresse.

Ces transferts sont réalisés dans le cadre de l'exécution du contrat et des relations avec l'institution, du respect d'obligations légales ou réglementaires, de la gestion d'actions ou contentieux permettant notamment à l'institution d'assurer la constatation, l'exercice ou la défense de ses droits en justice ou pour les besoins de la défense des personnes concernées (selon exceptions visées à l'article 69 de la loi Informatique et Libertés).

Ces transferts s'effectuent conformément aux exigences légales, aux directives de la Commission Européenne et de la CNIL, et peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'encadrements juridiques spécifiques par l'institution (ou les entités du Groupe Groupama) pour garantir un niveau suffisant de protection des données à caractère personnel.

Ces informations (strictement limitées), sont destinées aux seuls destinataires susceptibles d'intervenir dans le cadre des finalités prévues aux présentes conditions générales et décrites ci-dessus.

Etudes, Statistiques

Des données à caractère personnel concernant le participant (ou les personnes parties ou intéressées au contrat) sont également susceptibles d'être utilisées et exploitées par l'institution et les entités du Groupe Groupama (ou leurs sous-traitants) à des fins statistiques ou d'études, en vue notamment de faire évoluer leurs offres de produits et services, de personnalisation de leurs relations avec les personnes considérées, de mieux connaître le marché et la concurrence ou d'innovations.

Ces données peuvent être associées, combinées ou inclure des données personnelles concernant le participant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) collectées automatiquement ou communiquées par les intéressés eux-mêmes lors de leur navigation sur le site internet de l'institution, de l'usage de certaines fonctionnalités de ce site ou de l'application mobile de l'institution (et ce conformément aux politiques « vie privée et données personnelles » et « cookies » de l'institution accessibles sur son site internet ou prévues aux Conditions Générales d'Utilisation de ce site ou de son application mobile).

Elles peuvent également être combinées avec des données statistiques ou agrégées issues de différentes sources internes ou externes.

L'ensemble des données à caractère personnel sont traitées dans le respect des réglementations en vigueur, et notamment celles relatives au respect de la vie privée et à la protection des données à caractère personnel.

Ces mentions informatives sont visualisables à tout moment sur le site internet de l'institution et actualisées en fonction des évolutions de la réglementation en vigueur (rubrique « Mentions légales »).

Article 1-9 - FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites tant par l'entreprise adhérente que par le participant, servent de base aux garanties.

L'Institution peut opérer une vérification des données ainsi communiquées.

Toute déclaration intentionnellement fautive ou incomplète, réticence, omission ou inexactitude dans la déclaration du risque entraîne l'application des sanctions prévues par l'article L.932-7 du code de la Sécurité sociale, c'est-à-dire la nullité de l'assurance le cas échéant.

Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

Article 1-10 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Les opérations du présent contrat s'inscrivent dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme conformément aux articles L.561-11 et suivants du code monétaire et financier.

Dans ce cadre, l'Institution se réserve le droit de demander tout justificatif relatif à l'identification de l'entreprise ou à l'origine des fonds qui lui sont versés.

L'Institution procède à nouveau à l'identification de l'entreprise lorsqu'elle a de bonnes raisons de penser que l'identité et les éléments d'identification précédemment obtenus ne sont plus exacts ou pertinents, conformément à l'article R.561-11 du code monétaire et financier.

L'entreprise adhérente doit informer l'Institution en cas d'évolution de sa structure juridique, en cas de changement de dirigeant ou en cas de survenance de tout autre événement de nature à faire évoluer son identification.

Article 1-11 - LOI APPLICABLE ET JURIDICTION

Le présent contrat ainsi que les relations précontractuelles sont régies par la loi française à laquelle les parties déclarent se soumettre. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

La langue française est utilisée pour le présent contrat.

TITRE 2

EXÉCUTION DU CONTRAT

Article 2-1 - ADHÉSION DES ENTREPRISES AU CONTRAT

Peuvent adhérer au présent contrat, les entreprises et exploitations de polyculture et d'élevage, les exploitations maraîchères et de cultures légumières de plein champ et des CUMA de l'Eure, affiliées au régime agricole de protection sociale, qui relèvent de l'Accord du 9 juillet 2009 révisé en dernier lieu par avenant n°3 du 23 juin 2016.

L'adhésion de l'entreprise au présent contrat est formalisée par la fourniture d'un bulletin d'adhésion.

Ce bulletin d'adhésion dûment complété et signé par ses soins doit être renvoyé par l'entreprise à l'Institution.

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

Un certificat d'adhésion valant conditions particulières, signé par l'Institution, est alors adressé à l'entreprise adhérente. Ce certificat confirme la prise en compte de l'adhésion de l'entreprise ainsi que la date d'effet de celle-ci.

Article 2-2 - PRISE D'EFFET, DURÉE, RENOUVELLEMENT ET RÉSILIATION DU CONTRAT

1 - Prise d'effet

Le contrat prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion adressé à l'entreprise.

Il prend effet au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception du bulletin d'adhésion par l'Institution. Toutefois, d'un commun accord, la prise d'effet du contrat peut être fixée à une date ultérieure, au 1^{er} jour d'un mois civil ; cette date étant alors précisée par l'entreprise sur son bulletin d'adhésion.

2 - Durée, Renouvellement et Résiliation

Sous réserve des dispositions prévues aux articles 2-3 et 3-4, l'entreprise souscrit le présent contrat pour une première période se terminant 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 2 mois au moins avant chaque date de renouvellement, le cachet de la poste faisant foi du respect du délai de préavis.

En tout état de cause, la résiliation du contrat emporte la résiliation des garanties conventionnelles obligatoires et de l'extension des garanties à ses ayants droit éventuellement souscrite par le participant.

Article 2-3 - RÉVISION DU CONTRAT

Les dispositions du présent contrat sont établies en fonction de la législation et de la réglementation de la Sécurité sociale, notamment des bases et taux de remboursement des régimes obligatoires de protection sociale français en vigueur à la date d'effet du contrat.

En cas de changement de la législation ou de la réglementation postérieurement à cette date, l'Institution se réserve le droit de modifier les cotisations et les garanties du contrat.

L'entreprise adhérente peut refuser ces modifications dans le mois qui suit la notification des nouvelles conditions et demander la résiliation du contrat, par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée à l'Institution. Un mois après l'envoi de cette lettre, le contrat sera résilié.

Article 2-4 - AFFILIATION ET ADMISSION DANS L'ASSURANCE

L'affiliation des membres et anciens membres du personnel et de leurs ayants droit s'effectue sans questionnaire et sans examen médical préalable.

1 – Affiliation obligatoire du personnel

Doivent être obligatoirement affiliés au présent contrat sauf application des dispositions de l'article 2-6 ci-après, l'ensemble des salariés agricoles non-cadres présents et futurs de l'entreprise adhérente ne relevant pas de la Convention collective nationale de prévoyance du 2 avril 1952 ni de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC, y compris :

- ceux dont le contrat de travail est suspendu :
 - et qui bénéficient d'un maintien de salaire total ou partiel d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'entreprise adhérente,
 - et qui ne bénéficient pas d'un maintien de salaire total ou partiel ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'entreprise adhérente uniquement pour la période de suspension de leur contrat de travail n'excédant pas 3 mois à compter de la date de cet évènement,
- et ceux bénéficiant des dispositions applicables en matière de cumul Emploi/Retraite.

Aucune condition minimale d'ancienneté n'est par ailleurs exigée des salariés répondant à la définition ci-dessus.

Toutefois, par dérogation aux dispositions ci-dessus, **les salariés agricoles non-cadres titulaires** auprès de l'entreprise adhérente **d'un contrat de travail ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois et dont la durée effective de travail prévue par ce contrat est inférieure ou égale à 15 heures par semaine, ne sont pas affiliables** au contrat.

Doivent être également affiliés au présent contrat les anciens salariés de l'entreprise adhérente bénéficiant d'un maintien de garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, au titre d'un précédent contrat d'assurance collective complémentaire santé et qui, à la date de rupture ou de cessation de leur contrat de travail, répondaient à la définition ci-dessus.

Les salariés ou anciens salariés visés ci-dessus sont ci-après dénommés « **participants** ».

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

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

2 – Inscription facultative des ayants droit

Les garanties sont accordées à titre obligatoire au participant seul.

Toutefois, le participant a la possibilité d'étendre la couverture Complémentaire santé à ses ayants droit (conjoint, partenaire ou concubin et/ou enfant et ascendant à charge tels que définis à l'article 5-1 ci-après) à titre individuel et facultatif.

Dans ce cas, il devra remplir un bulletin de choix de l'extension facultative famille et déclaration des ayants droit, afin de désigner nominativement ses ayants droit à garantir.

Ce bulletin est mis à la disposition du salarié et de l'entreprise adhérente par l'Institution. Il devra être renvoyé dûment complété et signé à la Caisse de MSA.

L'extension facultative des garanties au profit des ayants droit peut être demandée par le participant :

- à la date de prise d'effet de l'affiliation du participant au présent contrat ;
Les ayants droit sont alors inscrits au contrat et admis dans l'assurance en même temps que le participant.
- dans un délai de 2 mois qui suit le changement de situation familiale du participant ;
Les ayants droit sont alors inscrits au contrat et admis dans l'assurance immédiatement dès la date de cette modification.
- au 1^{er} janvier de chaque année dans les autres cas ;
Les ayants droit sont alors inscrits au contrat et admis dans l'assurance dès cette date.

Les garanties sont accordées aux ayants droit moyennant le versement par le participant de la cotisation « Extension Famille » prévue à l'article 3-1. Cette cotisation intégralement à la charge du participant s'ajoute alors à la cotisation afférente au « salarié seul ».

Le participant a la faculté de dénoncer l'extension facultative des garanties au profit des ayants droit :

- annuellement, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à la caisse de MSA, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La dénonciation prend alors effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante ;
- dans un délai de 2 mois qui suit le changement de situation familiale du participant, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à la caisse de MSA. La dénonciation prend alors effet immédiatement à effet du 1^{er} jour d'un mois civil.

Article 2-5 - DISPENSES D’AFFILIATION

Les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous, ont la possibilité de se dispenser, à leur initiative, de leur obligation d'adhésion prévue par le régime en application des articles L.911-7 et D.911-2 du code de la Sécurité sociale :

- 1° Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L.861-3 du code de la Sécurité sociale (CMU-C) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L.863-1 du code précité (ACS). La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- 2° Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de leur embauche. La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- 3° Les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants :
 - a) Dispositif de garanties remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L.242-1 du code de la Sécurité sociale (complémentaire santé collective et obligatoire) ;
 - b) Dispositif de garanties prévu par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ou par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents (mutuelles des agents de l'Etat ou des collectivités territoriales) ;
 - c) Contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (contrats d'assurance de groupe dits « Madelin ») ;
 - d) Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D.325-6 et D.325-7 du Code de la Sécurité sociale ;
 - e) Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières.

En outre, le salarié peut demander une dispense d'affiliation au contrat, s'il se trouve dans un des cas ci-dessous :

- 1) salarié et apprenti bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- 2) salarié et apprenti bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- 3) salarié à temps partiel et apprenti, dont l'adhésion au système de garanties le conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de sa rémunération brute, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties.

Cas particulier des couples travaillant dans la même entreprise

Pour les couples travaillant dans la même entreprise, un seul des membres du couple peut être affilié en propre, son conjoint pouvant l'être en tant qu'ayant droit.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que **sur demande expresse du salarié concerné auprès de l'entreprise adhérente qui doit en informer la Caisse de MSA**. Pour ce faire, le participant et l'employeur devront utiliser les formulaires mis à leur disposition par l'Institution.

Cette demande prendra effet immédiatement lorsqu'elle est faite et adressée à l'Institution dès la date d'effet du contrat souscrit par l'entreprise adhérente pour les salariés déjà présents dans le groupe assuré à cette date.

Elle prendra effet dès la date d'entrée dans le groupe assuré pour les salariés embauchés en cours de contrat.

À défaut la demande prendra effet à compter du 1^{er} jour du mois qui suit sa réception par l'Institution.

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

L'entreprise adhérente informe annuellement la caisse de MSA la situation de dispense du salarié. A défaut, le salarié est automatiquement affilié à la couverture Complémentaire Santé.

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

Article 2-6 - DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Les dispositions suivantes sont applicables en cas de suspension du contrat de travail d'un participant :

1 – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée :

L'affiliation des participants au présent contrat est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour tout mois civil complet d'absence en cas de suspension de leur contrat de travail quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient pendant cette période d'un maintien de salaire total ou partiel ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par un dispositif de protection sociale complémentaire.

Ce maintien est accordé tant que dure le maintien de salaire total ou partiel ou le versement d'indemnités journalières complémentaires.

Si l'absence est inférieure à 1 mois la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement.

Dans tous les cas, les participants demeurent redevables de la cotisation correspondant à la couverture facultative des ayants droit.

2 – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée :

L'affiliation des participants au contrat complémentaire santé est maintenue obligatoirement pendant les 3 premiers mois de suspension du contrat de travail sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'entreprise adhérente, notamment pour l'un des congés ci-dessous :

- congé sans solde ;
- congé sabbatique ;
- congé parental d'éducation à plein temps ;
- congé pour création d'entreprise ;
- congé de solidarité internationale ;
- congé de solidarité familiale ;
- congé de formation ;
- congé d'enseignement ou de recherche.

Pour être recevable, la demande de maintien doit parvenir à la Caisse de MSA au plus tard un mois après le début de la période de suspension du contrat de travail. L'entreprise adhérente doit pour cela communiquer, les nom, prénom, numéro de Sécurité sociale, la date, la durée et le motif de la suspension du contrat de travail de l'intéressé.

A défaut d'information auprès de la MSA par l'entreprise adhérente concernant le participant en situation de suspension du contrat de travail, le versement de prestations complémentaires frais de santé durant cette période impliquera le paiement intégral des cotisations correspondantes par l'entreprise adhérente.

Dans tous les cas, les participants demeurent redevables de la cotisation correspondant à la couverture facultative des ayants droit.

Après cette 1^{ère} période de 3 mois, les participants considérés peuvent pendant la période de suspension de leur contrat de travail restant à courir, demander à la Caisse régionale Groupama, partenaire de l'institution dont ils relèvent, à continuer de bénéficier de la garantie complémentaire santé à titre individuel, sous réserve qu'ils s'acquittent seuls de l'intégralité de la cotisation et ce sans pouvoir prétendre à une participation de l'employeur.

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

Les garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du présent contrat collectif, sous réserve du paiement par le participant 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 son activité, le participant bénéficie à nouveau du contrat collectif.

Article 2-7 - CESSATION DE L’AFFILIATION OU DE L’INSCRIPTION

1 – Cessation de l’affiliation du participant :

L'affiliation du participant au présent contrat cesse :

- le dernier jour du mois au cours duquel il cesse d'appartenir au groupe assuré tel que défini au paragraphe 1 de l'article 2-4 ci-dessus ;
- 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.

Selon sa situation, le participant pourra le cas échéant, bénéficier d'un des maintiens de garanties prévus aux articles 4-7 et 4-8 ci-après.

2 – Cessation de l’inscription des ayants droit :

Outre les cas de dénonciation prévus au paragraphe 2 de l'article 2-4 ci-dessus, l'inscription des ayants droit prend fin :

- à la date de cessation de l'affiliation du participant ;
- lorsqu'ils perdent la qualité d'ayants droit au sens de l'article 5-1 ci-après.

Article 2-8 - OBLIGATIONS DE L’INSTITUTION

L'Institution s'engage à :

- établir et mettre à la disposition de l'entreprise adhérente une notice d'information détaillée qui définit notamment les garanties prévues par le contrat, 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 ainsi que des délais de prescription ;
- informer les participants, dans les 2 mois suivant, selon le cas :
 - la date de rupture de leur contrat de travail,
 - la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité,des conditions dans lesquelles ils peuvent bénéficier du maintien des garanties sous forme de contrat individuel, prévues à l'article 4-8 ci-après.

Article 2-9 - OBLIGATIONS DE L’ENTREPRISE ADHÉRENTE

1 – À l’égard du participant

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

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

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

En outre, l'entreprise adhérente doit également prévenir les participants lorsqu'ils sortent du groupe assuré des conditions dans lesquelles ils peuvent bénéficier de la portabilité et du maintien des garanties sous forme de contrat individuel prévus aux articles 4-7 et 4-8 ci-après.

2 – À l'égard de l'Institution

L'entreprise adhérente s'oblige :

- à affilier l'ensemble des participants appartenant au groupe assuré ;
- à verser les cotisations selon les modalités définies ci-après ;
- à répondre aux questions de l'Institution ou de la CMSA relatives à l'application du contrat ;
- à fournir à la CMSA les éléments nécessaires à la gestion du présent contrat, notamment les entrées et les sorties du personnel, les bulletins renseignés par les participants mentionnant leurs ayants droit éventuels, ainsi que la liste des salariés ayant demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation ;
- à informer la CMSA dès que le contrat de travail d'un participant est suspendu, en précisant la date de suspension et sa durée ;
- à prévenir la CMSA et l'Institution dans un délai de 10 jours, lorsque des participants sortent du groupe assuré, et qu'ils réunissent les conditions pour bénéficier du maintien des garanties sous forme de contrat individuel.

L'entreprise adhérente devra respecter le dispositif légal relatif à la Déclaration Sociale Nominative (DSN). Pour la gestion du présent contrat, l'entreprise adhérente s'engage, notamment, à compléter la dite déclaration des données de paramétrage transmises par la caisse de MSA.

Article 2-10 - OBLIGATIONS DU PARTICIPANT

Chaque participant s'oblige :

- à accepter le précompte des cotisations et le cas échéant le règlement de l'extension facultative famille ;
- à fournir à l'Institution et à la Caisse de MSA, les renseignements nécessaires à l'établissement de ses droits et obligations, soit par l'intermédiaire de l'entreprise adhérente, soit directement (notamment en cas de maintien au titre de la portabilité ou en cas de maintien des garanties sous forme de contrat individuel dans les conditions respectivement prévues aux articles 4-7 et 4-8) ;
- à transmettre à la Caisse de MSA, le bulletin de choix de l'extension facultative famille et déclaration des ayants droit fourni par l'Institution, dûment complété et signé, mentionnant ses ayants droit éventuels devant bénéficier des garanties.

TITRE 3 LES COTISATIONS

Article 3-1 - MONTANT DES COTISATIONS

● Cotisations

Les garanties du présent contrat sont accordées au participant et éventuellement à ses ayants droit moyennant le paiement d'une cotisation fixée en pourcentage du salaire plafond mensuel de Sécurité sociale (PMSS) comme suit :

Salarié seul à titre obligatoire

- 1,15 % du PMSS.

Extension Famille (facultative)

- 2,26 % du PMSS à la charge exclusive du participant.

Ces cotisations sont appelées à hauteur de 85 %, comme suit :

Salarié seul à titre obligatoire

- 0,978 % du PMSS.

Extension Famille (facultative)

- 1,921 % du PMSS à la charge exclusive du participant.

La cotisation extension « Famille » (facultative) s'ajoute à celle du salarié seul.

● Dispositifs de prévention et d'action sociale

Afin de permettre la mise en place du dispositif de prévention et d'action sociale répondant au principe de solidarité prévu par l'accord régional du 9 juillet 2009 révisé, au titre du régime d'assurance Complémentaire santé, 1 % des cotisations nettes de taxe afférentes à la couverture Complémentaire santé sera affecté au financement de ces mesures de solidarité.

Article 3-2 - MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Généralités

Les garanties accordées au salarié seul sont souscrites à titre obligatoire ; ces garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation qui est répartie entre l'employeur et les salariés à hauteur de 50 % pour chacun.

L'Extension des garanties aux ayants droit (souscrite à titre facultatif) est accordée moyennant le paiement de l'intégralité de la cotisation additionnelle par le salarié.

Les cotisations sont dues dans leur intégralité pour tout mois commencé, notamment en cas d'entrée du participant dans le groupe assuré (tel que défini au paragraphe 1 de l'article 2-4) ou de rupture de contrat de travail, en cours de mois.

Elles cessent d'être dues à la fin du mois de la cessation d'affiliation.

Pour l'entreprise adhérente

Les cotisations du régime conventionnel obligatoire sont appelées et recouvrées par la Caisse de la MSA auprès de l'entreprise adhérente, conjointement aux cotisations sociales de base, dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités que les Assurances sociales agricoles.

Le versement des cotisations est de la seule responsabilité de l'entreprise adhérente, qui procède au précompte des cotisations correspondant au socle obligatoire conventionnel.

Elles seront exigibles dès la date maximale de dépôt de la Déclaration Sociale Nominative (DSN) et doivent être réglées au plus tard dans les 15 jours qui suivent.

La caisse de MSA procédera à une régularisation annuelle des cotisations au début de l'exercice suivant, sur la base des éléments fournis mensuellement par l'entreprise adhérente.

Pour le participant ayant choisi l'extension facultative des garanties au profit des ayants droit

La cotisation relative à l'Extension famille à la charge exclusive du salarié est payable mensuellement à terme à échoir, par prélèvement automatique par la Caisse de MSA sur le compte bancaire du participant.

Article 3-3 - ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Sans préjuger des ajustements nécessaires à l'équilibre technique du régime, les cotisations seront indexées annuellement au 1er janvier de chaque année sur la moyenne des taux d'accroissement de l'indice national annuel de la consommation médicale totale des 3 dernières années (taux publié dans le rapport annuel des comptes nationaux de la Santé).

Par ailleurs, en fonction des résultats constatés et afin de maintenir l'équilibre technique du contrat, les taux de cotisations pourront être réajustés selon le ratio « Sinistres sur Primes » (S/P). Ce réajustement pourra également se traduire par une évolution des garanties.

A compter du jour où elle a connaissance d'une majoration non contractuelle des taux de cotisation, l'entreprise adhérente aura la possibilité de résilier le contrat dans un délai de 30 jours. A cet effet, elle adressera une lettre recommandée à l'Institution. Un mois après l'envoi de cette lettre, le contrat sera résilié. Toutefois, l'entreprise adhérente pourra demander que cette résiliation devienne effective au 31 décembre de l'année en cours à 24 heures. Le prorata de cotisation afférent à la période de garantie courue jusqu'à la date de résiliation est calculé sur l'ancien tarif et demeurera exigible.

De même à compter du jour où ils auront connaissance d'une majoration non contractuelle du taux de cotisation relatif à l'Extension Famille (facultative) qu'ils ont souscrite, chacun des participants concernés aura la possibilité de résilier cette extension facultative dans un délai de 30 jours.

Article 3-4 - DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

1 – Cotisations obligatoires du participant seul

Sous réserve des cas de maintien des garanties sous forme de contrat individuel, dans les conditions prévues à l'article 4-8, le versement des cotisations prévues par le présent contrat est de la seule responsabilité de l'entreprise adhérente, même si une fraction de celles-ci est à la charge effective des participants.

Conformément à l'article L.932-9 du code de la Sécurité sociale, à défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours suivants 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. Celle-ci résulte de l'envoi d'une lettre recommandée imposée par la réglementation, stipulant que 10 jours après l'expiration de ce délai, si la cotisation n'est pas acquittée, le contrat est résilié.

2 – Cotisation afférente à l'« Extension Famille »

Conformément à l'article L.932-22 du code de la Sécurité sociale, à défaut de paiement de tout ou partie de la cotisation dans les 10 jours qui suivent l'échéance mensuelle, la caisse de la MSA adresse au participant, par lettre recommandée une mise en demeure de procéder au paiement de la cotisation.

En cas de mise en demeure restée infructueuse, la caisse de la MSA pourra, passé un délai de 40 jours, exclure le participant de l'extension des garanties au bénéfice des ayants droit.

En cas de régularisation suite à la mise en demeure, les garanties facultatives issues du présent contrat reprennent effet le lendemain midi du jour du paiement.

Les frais de poursuite et de recouvrement sont à la charge du participant.

TITRE 4

LES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Article 4-1 - ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Pour le participant, les garanties entrent en vigueur immédiatement, dès la prise d'effet de son affiliation, conformément aux dispositions de l'article 2-4 ci-dessus.

Pour les ayants droit, si elles sont souscrites à leur bénéfice, les garanties entrent en vigueur dès leur admission dans l'assurance conformément aux dispositions de l'article 2-4 ci-dessus.

Article 4-2 - MONTANT DES GARANTIES

Le présent contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats santé dits « responsables » défini aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale.

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale.

Le contenu de ce dispositif est précisé à l'article 5-2 ci-après.

En cas de modifications législatives et/ou réglementaires, les remboursements seront révisés dans les conditions et délais fixés par les textes.

Les montants des remboursements garantis par le présent contrat **correspondent à ceux prévus par l'Accord départemental du 9 juillet 2009 modifié par les avenants cités en préambule.**

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 1 ci-après.**

Article 4-3 - 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 de santé résultant d'actes qui, bien qu'inscrits à la nomenclature des actes professionnels, ne sont pas pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale, sauf exceptions prévues au tableau des garanties figurant à l'Annexe 1 ci-après ;**
- **les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale.**

En cas d'assurances cumulatives, les remboursements du régime obligatoire de protection sociale, de l'Institution et de tout autre organisme ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés.

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

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

Article 4-4 - 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 obligatoire de protection sociale. Pour ces 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 du régime obligatoire de protection sociale français.

Article 4-5 - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS ET CONTRÔLE

Sauf pour les frais d'optique et dentaires et les prestations concernant les ayants droit ne relevant pas de la MSA pour leur régime obligatoire de protection sociale, les prestations prévues au présent contrat sont réglées **directement par la Caisse de MSA** du participant, seul interlocuteur pour le remboursement de ses frais de santé au titre du régime obligatoire de protection sociale et du présent contrat.

Les frais d'optique 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 pour certaines dépenses tient compte du fait que ces dépenses ont été engagées auprès d'opticiens ou de chirurgiens-dentistes adhérant au réseau Sévéane ou au contraire auprès de professionnels de santé n'adhérant pas à ce réseau.

Cela étant, les personnes assurées demeurent totalement libres de s'adresser aux professionnels de santé de leur choix.

Les montants prévus pour les frais engagés auprès d'opticiens ou de chirurgiens-dentistes membres du réseau Sévéane d'une part et les frais engagés auprès de professionnels de santé non membres de ce réseau d'autre part ne se cumulent pas.

Le plafond de remboursement des lunettes, lentilles correctrices ou des frais dentaires est déterminé, en fonction du professionnel de santé (opticien / chirurgien-dentiste appartenant au réseau Sévéane ou autre professionnel) consulté à la date de la première dépense engagée (pour les lunettes, date d'acquisition du 1^{er} élément de l'équipement, soit les verres, soit la monture).

En outre, pour certains travaux de prothèses dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste membre du réseau Sévéane, les personnes assurées peuvent bénéficier d'une garantie « Casse et réparation » pendant une période de 10 ans. Les conditions de mise en jeu et conditions d'application de cette garantie sont décrites en détail dans l'annexe 2 ci-après.

Les coordonnées des opticiens et chirurgiens-dentistes membres du réseau Sévéane sont communiquées sur simple appel au numéro de téléphone indiqué au participant sur les documents que lui communique l'Institution.

Les prestations concernant les ayants droit ne relevant pas de la MSA mais d'un autre régime obligatoire de protection sociale sont réglées par ledit régime obligatoire de protection sociale pour la part obligatoire et par l'Institution pour la part complémentaire.

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.

En cas de récupération de la part du régime obligatoire de protection sociale, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, l'Institution de prévoyance se réserve le droit de récupérer toutes prestations indûment réglées au participant ou ayant droit.

Article 4-6 - CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent à la fin du mois au cours duquel intervient

- **la cessation de l'affiliation du participant et/ou de l'inscription de ses ayants droit dans les conditions prévues à l'article 2-7 ci-dessus,**
- **la résiliation du présent contrat par l'entreprise adhérente ou par l'Institution.**

Il est précisé que l'Institution ne prend en charge que les dépenses réalisées antérieurement à la date de cessation des garanties.

Article 4-7 - PORTABILITÉ DES DROITS

En cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, les anciens salariés bénéficient du maintien de la couverture Complémentaire Santé prévue par le présent contrat en application de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale et ce, pour toute notification de rupture du contrat de travail intervenue à compter de la date d'effet du présent contrat.

L'entreprise disposant préalablement à l'entrée en vigueur du présent contrat, d'une couverture Complémentaire Santé doit, dans un délai de 30 jours suivant la souscription du contrat, informer la caisse de MSA de l'existence des anciens salariés susceptibles d'ouvrir droit à la portabilité.

Le bénéfice du maintien des garanties du présent contrat est acquis sans versement de cotisation durant la période de portabilité, le financement de ce maintien étant inclus dans la cotisation des actifs.

1 - Bénéficiaires

Continuent à bénéficier des garanties du présent contrat qui les couvraient en tant qu'actifs, les anciens salariés de l'entreprise adhérente dont le contrat de travail a été rompu et remplissant les conditions suivantes :

- ouvrir droit à indemnisation par le régime de l'assurance chômage ;
- avoir été affilié et ouvrir droit aux garanties du présent contrat avant la rupture de leur contrat de travail.

Ce maintien de la couverture Complémentaire Santé s'étend aux ayants droit s'ils étaient déjà inscrits au contrat collectif à titre facultatif à la date de cessation du contrat de travail conclu entre le participant et l'entreprise adhérente.

2 - Ouverture et durée des droits à portabilité

L'ancien salarié a acquis la possibilité de se voir ouvrir, sous conditions, des droits à prestations de la couverture Complémentaire Santé au titre de la portabilité à compter de la date de rupture effective de son contrat de travail.

La durée du maintien des garanties du présent contrat est égale à la durée du dernier contrat de travail de l'ancien salarié ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail de l'intéressé lorsqu'ils sont consécutifs dans l'entreprise adhérente.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, **dans la limite maximale de 12 mois.**

3 - Obligations de l'entreprise adhérente

L'entreprise adhérente doit informer la caisse de la MSA, de la cessation du contrat de travail du salarié susceptible d'ouvrir droit à la portabilité de la couverture Complémentaire Santé, dans un délai de 30 jours suivant la date de cessation du contrat de travail.

4 - Obligations de l'ancien salarié

L'ancien salarié doit justifier auprès de la caisse de la MSA, à l'ouverture ainsi qu'au cours de la période de portabilité qu'il remplit les conditions requises.

A ce titre, l'ancien salarié doit fournir une copie de son certificat de travail et de l'attestation de prise en charge par l'assurance chômage.

Chaque mois, l'ancien salarié doit adresser une copie des attestations de paiement de Pôle emploi.

L'ancien salarié doit :

- informer la caisse de MSA, de la cessation du versement des allocations chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité ;
- déclarer à la caisse de MSA, toute reprise de sa part d'une activité professionnelle même à temps partiel et quelle que soit la durée de cette reprise ;
- déclarer à la caisse de MSA, la perte par un des membres de sa famille inscrits au contrat, de la qualité d'ayant droit au sens du contrat (en cas de divorce, rupture du PACS, cessation du concubinage, perte par un enfant de la qualité d'enfant à charge au sens du contrat, etc..) et ce, dès que l'événement considéré intervient.

5 - Prestations

Les prestations de la couverture Complémentaire Santé pour les bénéficiaires de la portabilité sont identiques à celles définies par le présent contrat pour les salariés en activité.

Toute modification de ces prestations intervenant au cours de la période de portabilité est applicable aux bénéficiaires du maintien des garanties du présent contrat.

6 - Cessation de la portabilité

Le maintien des garanties du présent contrat cesse au plus tard 12 mois après la date de rupture du contrat de travail de l'ancien salarié et, en tout état de cause :

- à la fin de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit si elle est inférieure à 12 mois ;
- à la date de reprise d'une activité professionnelle par l'ancien salarié ;
- à la date de cessation du versement des allocations chômage ;
- à la fin du mois du décès de l'ancien salarié ;
- en cas de résiliation du présent contrat.

En cas de changement d'organisme assureur, le nouvel assureur doit prendre en charge les bénéficiaires de la portabilité à compter de la date d'effet du nouveau contrat collectif.

Au terme de ce maintien, les dispositions de l'article 4-8-ci-après sont applicables.

Article 4-8 - MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL

L'organisme assureur adressera aux personnes cessant d'être garanties par le présent contrat et susceptibles de bénéficier des dispositions de **l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989**, une proposition de maintien de la couverture Complémentaire Santé dans le cadre d'une adhésion à un **contrat individuel**, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire, au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de l'événement les plaçant dans une situation leur ouvrant droit au bénéfice des dispositions dudit article 4 (date de cessation du contrat de travail, expiration de la période de maintien à titre temporaire dans les conditions prévues ci-dessus, date du décès du participant). Ce contrat est souscrit auprès de la Caisse régionale Groupama, partenaire de l'Institution.

Les personnes considérées visées par l'article 4 précité doivent répondre à l'une des conditions suivantes à la date de cessation des garanties :

- être bénéficiaire d'une pension de retraite,
- être privé d'emploi et bénéficier d'un revenu de remplacement,
- avoir un contrat de travail rompu et être bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité et percevoir à ce titre des prestations en espèces de la CMSA,
- avoir la qualité d'ayant droit d'un participant décédé, sous réserve d'avoir été inscrit au contrat à la date du décès.

Elles devront accepter la proposition de maintien de la couverture Complémentaire Santé, au plus tard, au terme d'un délai de 6 mois suivant la date de l'événement considéré.

L'entrée en vigueur de la couverture Complémentaire Santé proposée prendra effet dans les conditions suivantes :

- dès la date de cessation des garanties du contrat collectif, sous réserve du paiement des cotisations depuis cette date,
- le jour de l'acceptation par l'intéressé de la proposition de l'assureur, dans le cas contraire.

Il convient de noter qu'en cas de décès d'un participant, les ayants droit survivants qui étaient eux-mêmes bénéficiaires des garanties du contrat à la date de cet événement doivent faire la déclaration du décès **dans un délai maximum de 30 jours à compter de sa date de survenance**.

Les garanties entrent en vigueur :

- dès la date de cessation des garanties du présent contrat collectif, sous réserve du paiement par le participant des cotisations depuis cette date ;
- le jour de l'acceptation par l'intéressé de la proposition de l'Institution, dans le cas contraire.

TITRE 5 DÉFINITIONS

Article 5-1 - DÉFINITION DES PERSONNES ASSURÉES

AYANT(S) DROIT : Lorsque l'« Extension Famille » est souscrite, sont considérés comme ayant(s) droit du participant au sens du présent contrat :

- **le conjoint :** la personne mariée avec le participant (au sens de l'article 143 du code civil) et non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée, exerçant ou non une activité professionnelle.
Peuvent être assimilés au conjoint :
- **le cocontractant ou partenaire du PACS :** la personne qui a conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS) avec le participant dans les conditions fixées aux articles 515-1 à 515-7 du code civil, et exerçant ou non une activité professionnelle ;
- **le concubin :** la personne vivant en concubinage, selon les dispositions de l'article 515-8 du code civil, avec le salarié, au même domicile, de façon notoire à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations et exerçant ou non une activité professionnelle, sous réserve que les concubins soient l'un et l'autre libres au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de PACS. La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun. Cette déclaration doit également indiquer le numéro de Sécurité Sociale de chacun des intéressés.
- **les enfants à charge :**
Sont considérés comme « enfants à charge », les enfants à charge du salarié, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin tels que définis ci-dessus :
 - âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base de l'ouvrant droit, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
 - âgés de moins de 28 ans poursuivant leurs études et inscrits au régime de Sécurité sociale des étudiants. 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'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
 - âgés de moins de 28 ans s'ils se trouvent sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
 - quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'Allocation pour Adulte Handicapé –AAH– (article L.821-1 du code de la Sécurité sociale). Les personnes handicapées qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquelles celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérées comme étant à charge ;
 - les enfants du participant nés « viables » moins de 300 jours après son décès.
- **les ascendants à charge :** les personnes ascendantes du salarié à condition d'être à charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'Institution.

CHANGEMENT DE SITUATION DE FAMILLE :

Sont considérés comme constituant un changement dans la situation familiale du participant, les événements suivants :

- mariage, concubinage, PACS ;
- divorce, séparation de corps, rupture des relations de concubinage, dissolution du PACS ;
- naissance ou adoption d'un enfant ;
- reconnaissance d'une situation d'ascendant à charge ;
- perte de la qualité d'enfant à charge ou d'ascendant à charge ;
- décès d'un enfant à charge, du conjoint ou d'un ascendant à charge.

En cas d'adoption, de séparation de corps ou de divorce, la date de l'événement à prendre en compte est celle du prononcé du jugement.

En cas de conclusion ou de dissolution d'un PACS, la date de l'événement à prendre en compte est celle de l'inscription sur le registre établi à cet effet au tribunal d'instance du lieu de résidence commune.

Article 5-2 - AUTRES DÉFINITIONS

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

AN (PAR AN) : La mention « par an » utilisée dans le libellé des dispositions contractuelles signifie « par année civile ».

Toutefois, pour les frais d'acquisition de lunettes, les « PÉRIODE D'UN AN » ou « PÉRIODE DE 2 ANS » prises en considération selon le cas sont décomptées comme il est dit à l'Annexe 1 ci-après.

AUXILIAIRES MÉDICAUX : Professionnels paramédicaux (à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, ...) dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par le régime obligatoire de protection sociale.

Synonyme : professionnel paramédical

BASE DE REMBOURSEMENT (BR) : Tarif servant de référence au régime obligatoire de protection sociale pour déterminer le montant de son remboursement. On distingue :

- le tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession ;
- le tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au Tarif de convention ;
- le tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Il est précisé que lorsque les frais sont engagés à l'étranger, le remboursement de l'Institution est déterminé en fonction de la base de remboursement du régime obligatoire de protection sociale.

Synonymes : base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

CONTRAT « RESPONSABLE » : Contrat santé ne couvrant pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L.160-13 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 ; les dispositions de ce dernier figurent en annexe 4 au présent contrat).

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.

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES : Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement du régime obligatoire de protection sociale et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

En cas de dépassement d'honoraires d'un médecin, non adhérent à un DPTAM tel que défini ci-après, le remboursement complémentaire est plafonné conformément au décret du 18 novembre 2014.

DEVIS :

Devis établis par les professionnels de santé : Document établi par les professionnels de santé, présentant les soins ou les prestations proposés et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

Devis établi par l'Institution au titre du présent contrat : Calcul par l'Institution, des éventuelles prestations en nature du Régime obligatoire de protection sociale et du remboursement dû au titre du présent contrat, permettant au participant de déterminer le montant des frais restant à sa charge pour les postes Optique et Dentaire.

DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISEE – DPTAM (OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE (OPTAM))/OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE CHIRURGIE ET OBSTETRIQUE (OPTAM-CO) : Dispositifs prévus par la convention médicale nationale du 25 août 2016 et auxquels peuvent adhérer les médecins conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire à compter du 1^{er} janvier 2017.

En adhérant à l'un de ces dispositifs (OPTAM ou OPTAM-CO), le médecin prend l'engagement :

- de maintenir ou augmenter le pourcentage des actes qu'il effectue à tarif opposable (tarif retenu par le Régime obligatoire de protection sociale pour calculer son remboursement, sans dépassement d'honoraires) ;
- de réduire ou maintenir le pourcentage des dépassements d'honoraires qu'il pratique sur les autres actes qu'il effectue.

En contrepartie de ces engagements, le médecin peut appliquer certaines majorations ou revalorisations tarifaires prévues par la convention médicale précitée et prises en considération par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le montant de ses remboursements.

L'OPTAM-CO est réservée aux médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie-obstétrique et réalisant au moins 50 « actes de chirurgie » ou « actes d'obstétrique » par an. Les médecins éligibles à l'OPTAM-CO peuvent toutefois choisir d'adhérer à l'OPTAM. Pour un même médecin l'adhésion conjointe à l'OPTAM et à l'OPTAM-CO n'est pas possible.

ÉVOLUTION DE LA VUE : Dans le cadre du présent contrat, pour l'application des dispositions de l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale reproduit en annexe 4 aux présentes conditions générales, la justification d'une évolution de la vue entraînant pour les personnes assurées âgées de plus de 18 ans, la prise en charge par l'Institution d'une paire de lunettes (soit 2 verres + 1 monture) par période d'un an (au lieu de 2 en principe), résulte :

- soit de la prescription médicale précisant le changement de la correction,
- soit, dans le cadre d'un renouvellement des lunettes avec adaptation à la vue par l'opticien, du devis ou de la facturation qu'il réalise et qui précise la nouvelle correction. Celle-ci doit être comparée à la correction du dernier équipement ayant fait l'objet, pour la personne considérée, d'un remboursement par la complémentaire santé.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER : Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

FRAIS DE SANTÉ : Frais médicaux, dentaires, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation engagés par une personne assurée.

HOSPITALISATION : Séjour dans un établissement de santé (public ou privé) en vue du traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

IMPLANTOLOGIE DENTAIRE : L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles est ensuite fixée une prothèse.

Hormis, la prothèse, l'implantologie n'est qu'exceptionnellement remboursée par le régime obligatoire de protection sociale.

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

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

MÉDECIN TRAITANT : Médecin généraliste ou spécialiste choisi par l'assuré social ou par chaque ayant droit âgé de 16 ans ou plus, dont le nom est communiqué à l'organisme gestionnaire du Régime obligatoire de protection sociale de chacun des intéressés.

MÉDECIN CORRESPONDANT : Médecin intervenant en coordination avec le médecin traitant.

MÉDECIN À ACCÈS DIRECT AUTORISÉ : Pour certains actes précisés relevant de leur spécialité, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients âgés entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés sans orientation préalable du médecin traitant tout en restant dans le parcours de soins coordonnés.

NOMENCLATURE : Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale et les conditions de leur remboursement.

ORTHODONTIE : Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes. Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations ou les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS : Circuit que les patients doivent respecter (hors hospitalisation) pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursé normalement, sans application de sanctions. Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un régime obligatoire de protection sociale âgés de plus de 16 ans.

Est considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés, le patient qui :

- consulte en premier lieu le médecin traitant qu'il a déclaré auprès du régime obligatoire de protection sociale dont il bénéficie (ou son remplaçant)
- consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant » auquel il a été adressé par son médecin traitant.

Un patient est considéré comme étant toujours dans le parcours de soins, lorsque se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique de son lieu de résidence habituelle, ainsi que prévu à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, il consulte un autre médecin que son médecin traitant.

Lorsqu'un patient ne respecte pas le parcours de soins coordonnés, le remboursement du régime obligatoire de protection sociale est alors diminué à titre de sanction. Cette différence n'est pas remboursée par les Complémentaires Santé « responsables ».

Voir également : médecin traitant, médecin correspondant, médecin à accès direct autorisé, contrat « responsable »

PARADONTOLOGIE : Les maladies parodontales sont des affections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents.....).

Le traitement de la parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus. Le régime obligatoire de protection sociale ne rembourse qu'une partie, de ces traitements.

PLAFOND ANNUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (PASS) : Salaire annuel plafonné utilisé pour le calcul des cotisations sociales de base.

Son montant est fixé par décret et évolue au 1^{er} janvier de chaque année. L'évolution de cette valeur peut être obtenue en consultant le site <http://securite-sociale.fr> rubriques maladie / barème.

PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (PMSS) : Salaire mensuel plafonné utilisé pour le calcul des cotisations sociales de base.

Son montant est fixé par décret et évolue au 1^{er} janvier de chaque année. L'évolution de cette valeur peut être obtenue en consultant le site <http://securite-sociale.fr> rubriques maladie / barème.

RÉGIME OBLIGATOIRE DE PROTECTION SOCIALE (RO) : Régime obligatoire de la Mutualité sociale agricole et éventuellement de la Sécurité sociale ou tout autre régime spécial légalement obligatoire de garanties sociales de salariés, régime de Sécurité sociale des travailleurs non salariés ou régime de la Sécurité sociale des étudiants pour les ayants droit du salarié.

SOINS DE VILLE : Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires...

Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations « en soins externes ») sont généralement considérées comme des soins de ville.

Synonymes : soins ambulatoires, soins externes, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires, frais ou soins médicaux courants

TICKET MODÉRATEUR (TM) : Somme restant à la charge du patient susceptible de varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés.

Cette participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge, de l'état de santé ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations.

Ce ticket modérateur est égal à la différence entre la base de remboursement retenue par le régime obligatoire de protection sociale et le montant du remboursement dû par cette couverture Complémentaire Santé.

La participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale due par le patient ne sont pas prises en considération dans le calcul du ticket modérateur.

TIERS PAYANT : Système de paiement qui évite au patient de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par le régime obligatoire de protection sociale et/ou l'organisme assureur de la couverture Complémentaire Santé pour les soins ou produits délivrés au patient.

Synonyme : dispense d'avance des frais

Les définitions ci-dessus ont pour but d'aider les personnes assurées par le contrat à mieux comprendre les garanties dont elles bénéficient au titre du présent contrat. Toutefois, les organismes d'assurance maladie complémentaires réunis au sein de l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire) ont élaboré divers documents permettant de mieux comprendre les contrats Complémentaire Santé.

Ces documents peuvent être librement consultés sur le site internet de l'UNOCAM, à l'adresse suivante : www.unocam.fr

ANNEXE 1
TABLEAU DES GARANTIES

Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-après s'appliquent en fonction du ticket modérateur ainsi que sur le montant servant de base (BR) au régime obligatoire de protection sociale français (RO) sauf mention contraire. Le cumul des remboursements du régime obligatoire de protection sociale 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 obligatoire de protection sociale non comprise.

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT : 100 % FR limités à :
Frais médicaux	
Consultations, visites, médecins généralistes, spécialistes	
▪ adhérent à un DPTAM ⁽¹⁾	100 % TM + 70 % BR
▪ non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)	100 % TM + 50 % BR
Actes de spécialités	
▪ médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 70 % BR
▪ médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)	100 % TM + 50 % BR
Sages-femmes	100 % TM + 70 % BR
Auxiliaire médicaux	100 % TM + 60 % BR
Analyses, examens de laboratoire	100 % TM + 60 % BR
Cure thermale prise en charge par le RO	
▪ Frais d'hospitalisation actes médicaux	100 % TM
▪ Indemnité pour frais d'hébergement et de transport, par an et par personne assurée	125 €
Radiographie, électroradiologie	
▪ médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 70 % BR
▪ médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)	100 % TM + 50 % BR
Actes de prévention responsable	100 % TM
Pharmacie	
Pharmacie remboursée à 65% - 30% - 15 % par le RO	100 % TM
Optique	
<i>Lunette : remboursement d'un équipement complet (composé d'une monture dont la prise en charge est limitée à 150€ et de 2 verres) par période de 2 ans ou par période d'un an pour les personnes assurées de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.</i>	
CHEZ LES OPTICIENS NON PARTENAIRES SEVEANE	
Verres simples ⁽²⁾	230 €
Verres mixtes simple/complexe ⁽³⁾	260 €
Verres mixtes simple/très complexe ⁽⁴⁾	260 €
Verres complexes	290 €
Verres mixtes complexe/très complexe	290 €
Verres très complexes	300 €
Lentilles prises en charge ou non par le RO, par personne et par an	100 % TM + 100 €
CHEZ LES OPTICIENS PARTENAIRES SEVEANE	
Verres simples	100 % des prix négociés ⁽⁵⁾
Monture	150 €
Lentilles prises en charge ou non par le RO, par personne et par an	100 % TM + 100 €

1) DPTAM : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis à l'article 5-2

(2) verres simples : verres simple foyer dont la sphère de -6 à +6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries,

(3) verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6 à +6 dioptries et dont le cylindre est supérieur à 4 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs,

(4) verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 à + 8 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4 dioptries,

(5) 100 % des prix négociés sur une sélection de verres entre les opticiens membres du réseau SEVEANE et l'Institution dans les limites des planchers et plafonds de garanties réglementaires.

NATURE DES RISQUES (suite)	REMBOURSEMENT : 100 % FR limités à :
Dentaire	
CHEZ LES DENTISTES NON PARTENAIRES SEVEANE	
Soins <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hors inlay/onlay ▪ Inlay/onlay Orthodontie prise en charge par le RO Orthodontie non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée Prothèses dentaires remboursées par le RO (et inlays core) Implantologie, par an et par personne assurée Parodontologie, par an et par personne assurée	100 % TM 100 % TM + 195 % BR 100 % TM + 200 % BR 200 € 100 % TM + 195 % BR 200 € 75 €
CHEZ LES DENTISTES PARTENAIRES SEVEANE	
Soins <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hors inlay/onlay ▪ Inlay/onlay Orthodontie prise en charge par le RO Orthodontie non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée Prothèses dentaires remboursées par le RO (et inlays core) Implantologie, par an et par personne assurée Parodontologie, par an et par personne assurée	100 % FR 100 % TM + 245 % BR 100 % TM + 200 % BR 200 € 100 % TM + 245 % BR 400 € 150 €
Appareillage	
Prothèses médicales et orthopédiques (hors audioprothèses) - Frais d'appareillage (hors optique) Prothèses auditives prises en charge ou non par le RO par équipement Avec un supplément par oreille et par période de 3 ans :	100 % TM + 60 % BR 100 % TM 150 €
Hospitalisation (secteur conventionné ou non)	
Frais de séjour <ul style="list-style-type: none"> ▪ Secteur conventionné ▪ Secteur non conventionné Honoraires - Actes de chirurgie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Médecin adhérent à un DPTAM ▪ Médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné) Chambre particulière par jour Forfait hospitalier Frais d'accompagnement (lit +repas) par jour Frais de transport du malade en véhicule sanitaire	100 % FR 100 % TM + 80 % BR TM + 180 % BR TM + 100 % BR 50 € 100 % FR 30 € 100 % TM + 65 % BR
Maternité (secteur conventionné ou non)	
Dépassement d'honoraires ⁽¹⁾ et chambre particulière ⁽¹⁾ pour les honoraires des praticiens Non adhérent à un DPTAM, dans la limite de TM + 100 % BR ⁽²⁾ PMSS : Salaire plafond mensuel de la Sécurité sociale soit 3 269 € au 1er janvier 2017. Au 1 ^{er} janvier 2017, 1 % PMSS est égal à 32,69 €.	33 % PMSS ⁽²⁾ par bénéficiaire et par maternité

NATURE DES RISQUES (suite)	REMBOURSEMENT : 100 % FR limités à :
Prévention et santé au quotidien	
Actes de prévention responsable pris en charge par le RO Vaccins et moyens contraceptifs, prescrits non pris en charge par le RO, par an et par personne assurée Substituts nicotiniques pris en charge par le RO, par an et par personne assurée Consultations diététiques, par an et par personne assurée Ostéopathie - Chiropractie par séance et par personne	100 % BR dans la limite du remboursement au titre de l'un des postes prévus ci-avant selon la nature de l'acte concerné 50 € 50 € 28 € 20 €/consultation dans la limite de 2 séances par an
Assistance ^(*)	Inclus
Tiers payant	Inclus

(*) Assistance 7 jours sur 7 en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile : services d'une aide ménagère, approvisionnement des médicaments, assistance et garde des enfants, soutien scolaire.

ANNEXE 2
DISPOSITIONS GÉNÉRALES DE LA GARANTIE
CASSE ET RÉPARATION DES PROTHÈSES DENTAIRES

1. OBJET DE LA GARANTIE

Les prothèses dentaires conjointes et adjointes en résine réalisées pour les participants et leurs ayants droit inscrits au contrat dès lors qu'ils restent assurés sans interruption par le contrat, sont garanties pour une période de 10 ans, à compter de la date de leur réalisation définitive.

Les travaux prothétiques doivent avoir été effectués par un chirurgien-dentiste du réseau SEVEANE et avoir fait l'objet d'une note d'honoraires détaillée ayant permis l'édition d'un certificat de garantie remis à la personne assurée.

2. CE QUI EST GARANTI

- **Pour les prothèses conjointes** : en cas de casse, le remplacement à l'identique de la prothèse, tel que mentionné sur le certificat de garantie remis à la personne assurée, aux frais réels déclarés par le chirurgien-dentiste, au jour de la nouvelle réalisation prothétique.
- **Pour les prothèses adjointes en résine** : en cas de nécessité pour leur réadaptation ou la casse de la base résine, le versement d'une prestation de cent cinquante euros (150 €) dans la limite des frais réels.
- **Prothèses concernées** :
 - **Pour les prothèses conjointes** : toutes les couronnes, bridges et inlay-core,
 - **Pour les prothèses adjointes** : les appareillages entièrement réalisés en résine.

Réalisation

La pose initiale de la prothèse, le remplacement ou la réparation de la prothèse devra obligatoirement être réalisé chez un chirurgien-dentiste du réseau SEVEANE.

Pour les bridges le remplacement devra être effectué à l'identique.

Remboursement

Le remboursement interviendra après réception de la note d'honoraires.

3. FONCTIONNEMENT DE LA GARANTIE

La garantie est accordée pour les prothèses qui ont été prises en charge par l'Institution intégralement ou non lors de leur pose.

Le certificat de garantie comportant la période de validité, le descriptif précis de la prothèse, sa localisation (N° de la dent en cas de prothèse conjointe) et son prix devra être fourni par la personne assurée en cas de mise en jeu de la garantie. Il accompagnera le devis du chirurgien-dentiste, qui devra réaliser les travaux de réparation. Ceux-ci ne peuvent commencer qu'après réponse de l'Institution, qui interviendra après la date de réception du dossier, dans un délai de 7 jours ouvrés maximum. Ce délai peut être supérieur à 7 jours ouvrés en cas de demande par l'Institution d'un examen dentaire réalisé par un chirurgien-dentiste désigné par elle. L'Institution peut être amenée à réclamer toutes pièces qu'elle jugera utiles.

La garantie n'est accordée qu'une seule fois pour une même prothèse.

4. EXCLUSIONS

Sont exclus de par la nature de la garantie :

Pour les prothèses conjointes :

- toute nouvelle réalisation prothétique faisant suite à une dépose de la prothèse garantie pour cause de reprise de carie ou infection apicale ;
- les implants ;
- les Inlays / Onlays.

Pour les prothèses adjointes :

- tous actes autres que la casse de la prothèse en résine ;
- les stellites.

Sont exclus par ailleurs :

- Les dommages esthétiques liés à la rétraction gingivale et à l'usure de la prothèse.

L'Institution peut également refuser la mise en jeu de la garantie 10 ans si la personne assurée :

- transmet une fausse déclaration ;
- n'est plus assurée par le présent contrat ;
- refuse de se soumettre à l'éventuel examen dentaire demandé par l'Institution.

ANNEXE 3 SERVICE TIERS PAYANT

Un service de tiers payant est mis à la disposition des participants. Ce service permet aux personnes assurées par le contrat de bénéficier, au moins à hauteur de la BR, de la dispense d'avance des frais sur les prestations faisant l'objet des garanties du contrat et remboursées par le régime obligatoire de protection sociale et ce, auprès de tous les professionnels de santé qui acceptent ce dispositif.

L'institution délivre à chacun des participants, une attestation de tiers payant qui devra lui être restituée dans toutes les circonstances suivantes :

- en cas de résiliation du contrat ;
- si le participant ne remplit plus les conditions d'ouverture des droits requis au titre de la Mutualité Sociale Agricole obligatoire dont il relève ou si l'ayant droit ne remplit plus les conditions d'ouverture des droits requis au titre du régime obligatoire dont il relève ;
ou au titre du régime obligatoire dont l'ayant droit relève ;
- en cas d'utilisation ou de tentative d'utilisation frauduleuse du système ;
- et en tout état de cause en cas de départ de l'entreprise du participant ou dès lors que l'ayant droit le cas échéant, ne répond plus à la définition de l'article 5-1.

L'institution se réserve le droit de réclamer tant à l'entreprise adhérente, qu'au participant ou ayant droit, et le cas échéant au professionnel de santé tout document ou tout indu relatif au système de tiers payant.

ANNEXE 4
TEXTE RÉGLEMENTAIRE

Article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale

(modifié par Décret n° 2015-1865 du 30 décembre 2015)

Les garanties mentionnées à l'article L.871-1 comprennent la prise en charge :

- 1° De l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R.160-5 (ticket modérateur). Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées au 6°, 7°, 10° et 14° du même article^(*) ;
- 2° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose cette garantie, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;
- 3° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, des dépenses d'acquisition de ces dispositifs, à hauteur des minima et dans la limite des maxima fixés ci-dessous incluant la participation des assurés définie au 1° et dans les conditions suivantes :
 - a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 470 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 dioptries ;
 - b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c) ;
 - c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6 à +6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
 - d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 660 euros par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f) ;
 - e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros par équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f) ;
 - f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 850 euros par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 à +8 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4 dioptries.

Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 euros.

Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an ;

- 4° Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L.174-4, sans limitation de durée.

(*) Il s'agit respectivement :

- des médicaments principalement destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité et des médicaments dont le service médical rendu a été classé comme modéré
- des spécialités et préparations homéopathiques prises en charge par les Régimes obligatoires de protection sociale
- des frais de soins thermaux dispensés dans un établissement thermal
- des médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible.



Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance des Salariés Immeuble Michelet 4-8- Cours Michelet 92082 LA DEFENSE 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