



**Accord régional
pour les départements
de Côte d'Or,
Nièvre et Yonne
du 26 février 2009**
pour la complémentaire
Santé des salariés
de la production agricole.

**La Mutualité Sociale Agricole
gère toutes vos prestations santé...**

C'est très simple :

- ➔ Vous présentez votre carte Vitale (qui permet aussi le tiers payant) au professionnel de santé que vous consultez et vous n'avez rien d'autre à faire. C'est la garantie d'un paiement sûr et rapide. Les remboursements obligatoire et complémentaire s'opèrent automatiquement et vous recevez votre règlement en une seule fois.
- ➔ Si le professionnel de santé n'utilise pas la carte Vitale, il vous remettra une feuille de soins. Vous l'enverrez à la MSA.
- ➔ Pensez aussi à adresser à la MSA les pièces justificatives des dépenses non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, mais garanties par votre complémentaire santé.

Bon à savoir

- ➔ **Une particularité pour votre conjoint, s'il n'est pas affilié à la MSA : il présente au professionnel de santé sa carte Vitale et également la carte personnalisée (elle permet le tiers payant) que la MSA lui a adressée.**



EN PARTENARIAT AVEC



Vos garanties Santé au 1^{er} janvier 2010



Vous choisissez pour vous-même et pour l'ensemble de vos ayants droit, l'un ou l'autre de ces régimes :

Les pourcentages indiqués dans ce tableau s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement (BR) au régime social de base français. Le cumul des remboursements du régime social de base et de l'Institution ne peut excéder le montant des frais réellement engagés (FR). Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire (article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale) ne pourront donner lieu à remboursement. Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent part du régime social de base non comprise.

NATURE DE GARANTIES	REMBOURSEMENT DE L'INSTITUTION 100 % DES FR LIMITÉS À :	
	RÉGIME CONVENTIONNEL	RÉGIME AMÉLIORÉ
FRAIS MÉDICAUX		
- Consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes	30 % BR	80 % BR
- Auxiliaires médicaux, Soins infirmiers – Massages – Pédicures – Orthophonistes – Orthoptiste – Sage femme – Analyses et examens de laboratoire	40 % BR	40 % BR
- Radiographie – Electro-radiographie	30 % BR	80 % BR
- Actes de prévention responsables	De 30 à 65 % BR	De 30 à 65 % BR
- Médecine douce (acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie)	15€/consultation dans la limite de 4/an et/famille	23€/consultation dans la limite de 4/an et/famille
PHARMACIE		
- Médicaments remboursés par le régime de base	De 0 à 85 % BR	De 0 à 85 % BR
OPTIQUE		
- Soins et honoraires	30 % BR	80 % BR
- Verres	390 % BR	390 % BR
- Montures	+ crédit de 200€/an + majoration	+ crédit de 300€/an
ET - Lentilles prises en charge par le régime de base pour le régime conventionnel	75€/an si pas de consommation pendant 2 ans (lentilles prises en charge uniquement)	Porté à 500€/an si pas de consommation pendant 5 ans (lentilles prises en charge ou non)
OU - Lentilles prises en charge ou non par le régime de base pour le régime amélioré		
DENTAIRE		
- Soins	30 % BR	30 % BR
- Prothèses dentaires prises en charge par le régime de base (et onlays core)	280 % BR + Crédit de 300€/an	340 % BR + Crédit de 400€/an
- Parodontologie	Non pris en charge	75€/an
- Orthodontie prise en charge par le régime de base	280 % BR	200 % BR
ACTES LOURDS		
- Forfait légal (18€) sur les actes lourds (coeff ≥ 50 ou BR ≥ 91€)	100 % du forfait	
APPAREILLAGE		
- Prothèses auditives		
> prises en charge par le régime de base	390 % BR	390 % BR
> non prises en charge par le régime de base	Non pris en charge	150€/an
- Fournitures médicales – Pansements – Gros et petits appareillages – Prothèses (autres que prothèses auditives)	De 0 à 35 %	85 % BR
- Fauteuil roulant	Non pris en charge	200€/an
HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE		
- Frais de soins et de séjour (secteur conventionné ou non)	De 0 à 20 % BR	Conventionné 100 % FR Non conventionné 90 % FR
- Dépassement d'honoraires	220 % BR	220 % BR
- Frais d'accompagnement (lit + repas)	Enfant de moins de 16 ans : 30€/jour	Enfant à charge : 50€/jour sans limite pendant 10 jours/an puis 30€/jour pour les enfants de moins de 16 ans
- Forfait hospitalier	100 % du forfait dès le 1 ^{er} Jour	100 % du forfait dès le 1 ^{er} Jour
- Chambre particulière	25€/jour	75€/jour = 60/jan puis 25€/jour
HOSPITALISATION MATERNITÉ		
- Dépassement d'honoraires et chambre particulière	Crédit 1/3 du PMSS/bénéficiaire et/maternité	
HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE		
- Frais de soins et de séjour et de séjour (secteur conventionné ou non)	De 0 à 20 % BR	Conventionné 100 % FR Non conventionné 90 % FR
- Dépassement d'honoraires et chambre particulière	Crédit 1/3 du PMSS*/bénéf. et/an	75€/jour limité à 45 jours/an
CURES THERMALES		
- Honoraires de surveillance médicale	Enfant à charge uniquement 30 % BR	Tout bénéficiaire 30 % BR
- Frais de traitement thermaux	35 % BR	+ 150€/bénéf. et/an
TRANSPORT		
Frais de transport (ambulance, taxi agréé, véhicule sanitaire léger,...)	35 % BR	35 % BR

* PMSS : Salaire plafond mensuel de la Sécurité sociale