

images & légendes - Crédits Photos : Digital Vision - Référence : 218977-80-082011.



**Assurance complémentaire Frais de santé**

## CONDITIONS GÉNÉRALES

Salariés non cadres de la production agricole  
des départements de Côte d'Or, Nièvre et Yonne  
relevant de l'Accord Interdépartemental du 26 février 2009



EN PARTENARIAT AVEC



[www.anips-protectionsocialeagricole.com](http://www.anips-protectionsocialeagricole.com)

Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance des Salariés  
Immeuble Elysées La Défense - 7 place du Dôme - TSA 59876 - 92099 La Défense Cedex  
Institution de Prévoyance agréée par arrêté ministériel du 17 octobre 1979  
régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale



EN PARTENARIAT AVEC



<b>Titre 1 - Dispositions générales</b>	<b>4</b>
Article 1.1 - Objet du contrat	4
Article 1.2 - Composition du contrat	4
Article 1.3 - Organisme assureur	4
Article 1.4 - Délégation de gestion	4
Article 1.5 - Prescription	4
Article 1.6 - Recours contre tiers responsable	4
Article 1.7 - Informatique et libertés	5
<b>Titre 2 - Exécution du contrat</b>	<b>5</b>
Article 2.1 - Adhésion des entreprises au contrat	5
Article 2.2 - Prise d'effet / Durée et révision du contrat	6
Article 2.3 - Groupe assuré	6
Article 2.4 - Affiliation et admission dans l'assurance des participants	7
Article 2.5 - Cessation de l'affiliation	8
Article 2.6 - Obligations de l'Institution	8
Article 2.7 - Obligations de l'entreprise adhérente	8
Article 2.8 - Obligations du participant	8
<b>Titre 3 - Les cotisations</b>	<b>9</b>
Article 3.1 - Montant des cotisations	9
Article 3.2 - Modalités de paiement des cotisations	9
Article 3.3 - Défaut de paiement des cotisations	9
<b>Titre 4 - Les garanties</b>	<b>10</b>
Article 4.1 - Bénéficiaires des garanties	10
Article 4.2 - Entrée en vigueur des garanties	10
Article 4.3 - Montant des garanties	11
Article 4.4 - Limites et exclusions de garanties	11
Article 4.5 - Etendue territoriale des garanties	12
Article 4.6 - Règlement des prestations et contrôle	12
Article 4.7 - Cessation des garanties	12
Article 4.8 - Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail supérieure à un mois civil	13
Article 4.9 - Maintien des garanties sous forme de contrat individuel en cas de rupture du contrat de travail	14
<b>Annexes</b>	<b>14</b>
Annexe 1 - Définitions	14
Annexe 2 - Service tiers payant	17
Annexe 3 - Tableau des garanties	18

Par **Accord Interdépartemental du 26 février 2009**, les partenaires sociaux de l'agriculture des départements de Côte-d'Or, Nièvre et Yonne ont mis en place un **régime régional d'assurance complémentaire frais de santé**.

Les partenaires sociaux entendent ainsi :

- permettre aux salariés agricoles non cadres desdits départements de **bénéficiaire d'une couverture "santé" offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable** ;
- favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité de la branche ;
- conserver la maîtrise du régime au niveau local.

AGRI-PREVOYANCE et l'ANIPS sont désignés comme co-assureurs à hauteur de 60 % pour AGRI-PREVOYANCE et 40 % pour l'ANIPS, cette dernière étant apériteur du contrat.

Ce régime régional est entré en vigueur **au 1<sup>er</sup> janvier 2010**. Il est mis en œuvre par le présent contrat.

## Titre 1 - Dispositions générales

### ■ Article 1.1 - Objet du contrat

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

Le contrat permet également d'améliorer certaines prestations ("**Régime amélioré**"), accordant des niveaux différents de remboursement et de prestations. Le différentiel de cotisation afférent aux garanties du Régime amélioré est intégralement à la charge du participant. Il est appelé par la CMSA de manière distincte des cotisations du régime obligatoire directement auprès du salarié.

La souscription du régime amélioré est facultative pour le participant. Toutefois, cette souscription couvre également à titre obligatoire l'ensemble des membres de sa famille ayant la qualité d'ayant droit au sens du contrat, sauf en cas d'application des cas de dispenses prévus à l'article 4.1.

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

### ■ Article 1.2 - Composition du contrat

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

### ■ Article 1.3 - Organismes assureurs

Les garanties du contrat sont assurées par :

**ANIPS** - Immeuble Elysées La Défense - 7 place du Dôme - TSA 59876 - 92099 La Défense Cedex - Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance des Salariés - Institution de Prévoyance agréée par Arrêté Ministériel du 17 octobre 1979 - Régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale,

et

**AGRI PRÉVOYANCE** - 21 rue de la Bienfaisance - 75382 Paris Cedex 08 - Institution de Prévoyance, membre du groupe AGRICA, régie par les dispositions de l'article L.727-2 II du Code Rural et par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale.

AGRI-PRÉVOYANCE et l'ANIPS ont été co-désignés comme assureur sur la base d'une coassurance à hauteur respectivement de 40 % pour l'ANIPS et 60 % pour AGRI-PRÉVOYANCE. L'ANIPS est apériteur du contrat.

AGRI-PRÉVOYANCE et l'ANIPS, ci-après dénommées "l'Institution", sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel, dont le siège se situe 61 rue Taitbout, 75009 Paris.

### ■ Article 1.4 - Délégation de gestion

Conformément aux dispositions de l'Accord Interdépartemental du 26 février 2009 et de la convention de gestion le complétant conclue entre les partenaires sociaux, l'ANIPS et AGRI-PRÉVOYANCE, la gestion administrative des adhésions, des affiliations, du recouvrement des cotisations du régime conventionnel et du paiement des prestations afférentes au présent contrat est déléguée à la **Caisse de Mutualité Sociale Agricole (CMSA)** dont relèvent les entreprises adhérentes et les participants.

### ■ Article 1.5 - Prescription

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

### ■ Article 1.6 - Recours contre tiers responsable

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

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

La suspension des droits du participant ne sera effective qu'après accord d'une commission mixte paritaire.

### ■ Article 1.7 - Informatique et libertés

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

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

## Titre 2 - Exécution du contrat

### ■ Article 2.1

#### Adhésion des entreprises au contrat

Le caractère obligatoire de l'adhésion des entreprises au contrat résulte de la signature de l'Accord Interdépartemental du 26 février 2009 par les partenaires sociaux.

#### 1 - Champ d'application de l'accord

Entrent dans le champ d'application de l'Accord Interdépartemental et doivent donc adhérer au contrat, les exploitations et entreprises de culture et d'élevage, spécialisées ou non, de quelque nature qu'elles soient, les entreprises de travaux agricoles et ruraux ainsi que les CUMA, (à l'exception des centres de dressage et d'entraînement de chevaux) dont le siège, représenté par les bâtiments principaux d'exploitation, est situé sur le territoire des départements de la Côte-d'Or, de la Nièvre et de l'Yonne, à l'exception des ETAR et CUMA, pour lesquelles ne sont concernées que celles ayant leur siège en Côte-d'Or.

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

Conformément aux termes de l'accord, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne

pas adhérer au contrat, les entreprises disposant déjà d'une assurance complémentaire frais de santé collective et obligatoire d'un niveau supérieur à celui prévu par ledit contrat au jour de la signature de l'accord précité, soit le 26 février 2009.

En revanche, les entreprises ayant mis en place, préalablement à cette date, une assurance complémentaire frais de santé de niveau égal ou inférieur, doivent la résilier de manière à rejoindre le régime conventionnel régional à compter de la date de son entrée en vigueur.

#### 3 - Modalités d'adhésion des entreprises

L'Institution délègue aux CMSA le soin de procéder à l'enregistrement de l'adhésion des entreprises entrant dans le champ d'application de l'Accord Interdépartemental et ne disposant pas déjà d'une assurance complémentaire frais de santé antérieure, d'un niveau supérieur.

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

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

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

### 1 - Prise d'effet

Le contrat prend effet :

- le jour de l'entrée en vigueur de l'Accord Interdépartemental du 26 février 2009, **soit le 1<sup>er</sup> janvier 2010**, lorsque l'entreprise entre, à cette date, dans le champ d'application de l'accord et qu'elle ne dispose pas d'une assurance complémentaire frais de santé antérieure, d'un niveau supérieur à celui prévu par le présent contrat ;
- dès le 1<sup>er</sup> jour de son entrée dans le champ d'application de l'Accord Interdépartemental, notamment en cas de création d'entreprise postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2010 ;
- le cas échéant, dès le 1<sup>er</sup> jour qui suit la prise d'effet de la résiliation du contrat d'assurance complémentaire frais de santé préexistant qui constituait jusqu'alors une dérogation d'adhésion, conformément aux dispositions de l'article 2.1.

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

### 2 - Durée

L'adhésion de l'entreprise au présent contrat étant rendue obligatoire par l'Accord Interdépartemental du 26 février 2009, seuls les partenaires sociaux peuvent modifier le choix de l'organisme assureur ou mettre un terme à l'assurance complémentaire frais de santé mise en œuvre par le présent contrat.

### 3 - Révision des garanties ou des cotisations

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

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

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

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

## ■ Article 2.3 - Groupe assuré

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

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

Dans le cas d'un salarié employé par plusieurs employeurs relevant du champ d'application de l'accord, le salarié est affilié au contrat par le premier employeur auprès duquel il acquiert

ou a acquis la condition d'ancienneté de six mois requise pour bénéficier de l'assurance complémentaire frais de santé, sauf accord écrit contraire entre les employeurs et le salarié concernés.

L'affiliation prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois civil au cours duquel le salarié atteint cette ancienneté de six mois.

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

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

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

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

### 1 - Principe : affiliation obligatoire des participants

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

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

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

## 2 - Dérogation : cas de dispenses d'affiliation

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

- bénéficier au 1<sup>er</sup> janvier 2010 d'une assurance complémentaire frais de santé d'un niveau de prestations au moins équivalent, en qualité d'ayant droit de son conjoint, concubin ou partenaire d'un pacte civil de solidarité, en application d'un accord collectif obligatoire pour ce dernier ; **ce cas est utilisable uniquement lors de la mise en place de l'accord** ;
- être salarié sous contrat à durée déterminée ou travailleur saisonnier ayant souscrit une assurance complémentaire frais de santé par ailleurs ;
- bénéficier d'une assurance complémentaire frais de santé obligatoire dans le cadre d'une autre activité exercée simultanément ;
- être salarié à temps partiel ou en contrat de formation par alternance (*notamment apprenti*), si le montant de la cotisation à sa charge représente 10 % ou plus de sa rémunération ;
- bénéficier de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du Code de la Sécurité Sociale.

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

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

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

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



## Titre 3 - Les cotisations

### ■ Article 2.5 - Cessation de l'affiliation

L'affiliation du participant au présent contrat cesse :

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

### ■ Article 2.6 - Obligations de l'Institution

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

### ■ Article 2.7 - Obligations de l'entreprise adhérente

#### 1 - A l'égard du participant

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

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

révision du régime ;

- prévenir les participants lorsqu'ils sortent du groupe assuré des conditions dans lesquelles ils peuvent bénéficier du maintien des garanties prévues aux articles 4.8 §2 et 4.9 des présentes conditions générales, sous forme de contrat individuel.

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

#### 2 - À l'égard de l'Institution

L'entreprise adhérente s'oblige :

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

### ■ Article 2.8 - Obligations du participant

Chaque participant s'oblige :

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

### ■ Article 3.1 - Montant des cotisations

Les garanties du présent contrat sont accordées aux participants moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle fixée en pourcentage du salaire plafond mensuel de la Sécurité sociale et en fonction de la situation de famille de chaque participant et du régime souscrit, comme suit :

#### Isolé (salarié sans ayant droit)

**Régime conventionnel :**

- 0,92 % du montant du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

**Régime amélioré :**

- 1,18 % du montant du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

#### Ménage (salarié avec ayant(s) droit)

**Régime conventionnel :**

- 2,41 % du montant du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

**Régime amélioré :**

- 3,10 % du montant du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Ces pourcentages sont applicables pour les exercices 2010, 2011 et 2012 dans le cadre de la réglementation applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2009. Ils pourront varier par la suite pour maintenir l'équilibre du régime.

### ■ Article 3.2 - Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations sont dues à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois de l'entrée en vigueur de la garantie.

Ces cotisations du régime conventionnel sont appelées et recouvrées par les CMSA, conjointement aux cotisations sociales de base, dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités.

Le différentiel de cotisation afférent aux garanties du Régime amélioré est intégralement à la charge du participant. Il est appelé par la CMSA de manière distincte des cotisations du régime obligatoire directement auprès du salarié.

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

### ■ Article 3.3 - Défaut de paiement des cotisations

#### 1 - Cotisations du Régime conventionnel

Sous réserve des cas de maintien des garanties sous forme de contrat individuel, dans les conditions prévues aux articles 4.8 §2 et 4.9 du présent contrat, le versement des cotisations prévues par le présent contrat est de la seule responsabilité de l'entreprise adhérente, même si une fraction de celles-ci est à la charge effective des participants.

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

Si la procédure précontentieuse demeure infructueuse, une procédure contentieuse sera diligentée.

#### 2 - Différentiel de cotisation afférent au régime amélioré

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

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

## Titre 4 - Les garanties

### ■ Article 4.1 - Bénéficiaires des garanties

Les garanties sont accordées au participant et à ses ayants droit **définis ci-après dans la mesure où ils bénéficient de droits ouverts au titre des prestations en nature du régime de base.**

Les garanties du contrat sont accordées selon la situation de famille de chacun des participants :

#### ■ Isolé (salarié seul sans ayant droit) :

au participant seul s'il n'a ni conjoint, partenaire ou concubin ni aucun enfant à charge. Il est dans ce cas rattaché à la catégorie "Isolé".

#### ■ Ménage (salarié avec ayant(s) droit) :

au participant et à l'ensemble de ses ayants droit dès lors qu'il a un conjoint, partenaire ou concubin et/ou un ou des enfants à charge. L'ensemble de ces personnes assurées est obligatoirement inscrit au contrat au titre du régime retenu par le participant et rattaché à la catégorie "Ménage", les cotisations afférentes à la couverture des ayants droit étant intégralement à la charge du participant.

Dans le cas de deux conjoints, partenaires d'un PACS ou concubins travaillant dans la même entreprise, l'un d'entre eux seulement doit être affilié en propre en qualité de participant, l'autre pouvant ne l'être qu'en qualité d'ayant droit.

L'obligation d'affiliation de l'ensemble des ayants droit ne trouve pas à s'appliquer dans les cas suivants :

- l'ensemble des ayants droit est couvert par un système de garanties relevant des 6<sup>e</sup> à 8<sup>e</sup> alinéas de l'article L.242-1 du Code de la Sécurité Sociale (*cas du conjoint, partenaire d'un pacte civil de solidarité ou concubin relevant auprès de son propre employeur, d'un système de garanties obligatoire couvrant le conjoint et/ou les enfants*).
- l'ensemble des ayants droit est couvert par un dispositif relevant du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État

et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels (*cas du conjoint, partenaire d'un pacte civil de solidarité ou concubin fonctionnaire ou agent public de l'État et de ses établissements publics*).

Dans les cas de dispenses visés ci-dessus, le salarié doit expressément en faire la demande et justifier chaque année de la couverture obligatoire dont bénéficie l'ensemble de ses ayants droit en produisant à l'entreprise adhérente, les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense. Pour être prise en compte, l'entreprise adhérente doit déclarer cette dispense d'affiliation à la CMSA.

Si les ayants droit ne remplissent plus les conditions requises à la dispense d'affiliation, le salarié doit en informer l'entreprise adhérente. Les ayants droit devront alors obligatoirement être affiliés au contrat à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant.

Dans les cas de dispense d'affiliation précitées, aucune cotisation correspondant à la couverture des ayants droit n'est due ni par le salarié ni par l'entreprise adhérente.

L'inscription des ayants droit prend effet :

- à la même date que pour le salarié ;
- à la date de la modification de sa situation de famille (*mariage, conclusion d'un PACS, concubinage...*) ou de naissance d'enfants.

### ■ Article 4.2 - Entrée en vigueur des garanties

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

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

### ■ Article 4.3 - Montant des garanties

Les montants des remboursements garantis par le présent contrat **correspondent à ceux prévus par l'Accord Interdépartemental du 26 février 2009** en ce qui concerne le régime conventionnel.

Ainsi qu'il est prévu par l'Accord, le participant peut opter pour un "régime amélioré". Ce choix figure sur le bulletin qu'il remplit lors de son affiliation. Par la suite, il peut modifier son choix, immédiatement en cas de changement intervenant dans sa situation de famille ou au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année sous réserve d'en avertir l'Institution deux mois avant cette date.

Ces remboursements s'effectuent, poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la Classification Commune des Actes Médicaux, **dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues au tableau des garanties figurant en annexe 3.**

Il est précisé que l'Institution prend en charge les actes de prévention ouvrant droit à remboursement de la part de la Mutualité Sociale Agricole, notamment ceux fixés par l'arrêté du 8 juin 2006, dans le cadre du dispositif des contrats "responsables".

Pour les frais engagés en dehors du territoire français, les remboursements de l'Institution sont déterminés et limités à la prestation qu'elle aurait versée après intervention directe de la Mutualité Sociale Agricole.

### ■ Article 4.4 - Limites et exclusions des garanties

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

- les frais engagés au titre d'actes exécutés avant la date d'entrée en vigueur des garanties ou après la cessation des garanties ;
- les frais ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale ;

- les frais n'ouvrant pas droit aux prestations en nature de la MSA au titre de l'Assurance Maladie ou Maternité, sauf exceptions prévues au tableau des garanties figurant en annexe 3.

#### 1 - Limites liées au caractère "responsable" du contrat

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

**Notamment, il ne rembourse :**

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

#### 2 - Limites liées aux actes ou aux frais

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

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

#### 3 - Précisions en cas d'assurances cumulatives

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

**Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs**

produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le participant peut obtenir remboursement de ses frais en s'adressant à l'organisme de son choix.

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

#### ■ Article 4.5 - Étendue territoriale des garanties

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

#### ■ Article 4.6 - Règlement des prestations et contrôle

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

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

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

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

#### ■ Article 4.7 - Cessation des garanties

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

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

- **pour le conjoint** : à la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation judiciaire ;
- **ou pour le partenaire** : à la date de rupture du PACS ;
- **ou pour le concubin** : à la date à laquelle cesse le concubinage ;
- **pour les enfants** : dès qu'ils cessent d'être à charge au sens du contrat et, au plus tard, à la fin de l'année au cours de laquelle ils atteignent leur 18<sup>e</sup> anniversaire ou leur 28<sup>e</sup> anniversaire s'ils poursuivent leurs études et sont inscrits à la Sécurité Sociale des étudiants ou au régime général au titre de la CMU ou s'ils sont en contrat d'apprentissage ou demandeurs d'emploi non indemnisés par le Pôle emploi.

Toutefois, les enfants handicapés continuent à être garantis tant qu'ils bénéficient des allocations légales d'adultes handicapés ou tant qu'ils remplissent les conditions pour en bénéficier, lorsque l'allocation ne leur est pas versée en raison de leur niveau de ressources.

**Il est précisé que l'Institution ne prend en charge que les dépenses engagées au titre d'actes prescrits antérieurement à la date de cessation des garanties.**

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

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

#### 1 - Suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à un mois civil pour maladie, accident ou maternité

L'affiliation au contrat est maintenue à compter du premier jour du mois qui suit l'arrêt total et continu.

Ce maintien d'affiliation s'effectue, tant que dure l'arrêt de travail pour maladie, maternité ou accident. Dans ce cas, les cotisations ne sont dues ni par l'employeur, ni par le participant.

A contrario, si le participant a choisi la formule optionnelle, il doit continuer à verser les cotisations correspondantes.

#### 2 - Suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à un mois civil avec versement de salaire total ou partiel pour une autre cause que la maladie, la maternité ou l'accident

L'affiliation au présent contrat est maintenue à compter du premier jour du mois qui suit l'arrêt de travail.

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

De plus, si le participant a choisi la formule optionnelle, il doit continuer à verser les cotisations correspondantes.

#### 3 - Suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à un mois civil sans versement de salaire et intervenant après la date d'affiliation au contrat

L'affiliation est suspendue à compter du premier jour du mois qui suit l'arrêt total et continu de travail ou la suspension du versement de salaire ou d'indemnités journalières.

Toutefois, le participant, sous réserve de s'acquitter de la totalité de la cotisation (*part patronale* et *part salariale*), peut demander à souscrire un contrat individuel, en vue de continuer à bénéficier des mêmes garanties que les salariés présents dans l'entreprise.

Ce contrat est souscrit auprès des régionales de GROUPAMA, partenaires de l'ANIPS, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire, lorsque les deux conditions suivantes sont remplies :

- absence de versement de salaire par l'employeur ou d'indemnités journalières financées au moins pour partie par l'employeur ;
- suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à un mois civil.

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

Les garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du contrat collectif, sous réserve du paiement par le participant auprès de la caisse régionale de GROUPAMA, des cotisations depuis cette date.

Le tarif appliqué au contrat individuel est identique à celui du contrat collectif.

Dès la date de reprise de son activité, le participant bénéficie à nouveau du contrat collectif.

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

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

En application de la loi **89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi "Evin"**, les participants dont le contrat de travail est rompu et qui répondent à l'une des conditions visées ci-dessous, pourront demander le maintien de leurs garanties collectives dans le cadre d'une adhésion à un **contrat individuel**, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire :

- être bénéficiaire d'une pension de retraite ;
- être privé d'emploi et bénéficier d'un revenu de remplacement ;
- avoir un contrat de travail rompu et être bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité et percevoir à ce titre des prestations en espèces de la CMSA.

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

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

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

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

## Annexe 1 - Définitions

### Accident

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

### Ayant droit

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

### Base de remboursement

Ensemble des barèmes utilisés par la Mutualité Sociale Agricole pour calculer ses remboursements des dépenses de santé (*tarif opposable, tarif d'autorité...*). Lorsque le participant s'adresse à un praticien ou à un établissement n'adhérant pas à la convention médicale conclue entre la profession de santé dont il relève et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie - UNCAM, la Mutualité Sociale Agricole calcule son remboursement sur la base du tarif d'autorité.

Il est précisé que lorsque les frais sont engagés à l'étranger, le remboursement de l'Institution est déterminé en fonction de la base de remboursement de la Mutualité Sociale Agricole.

### Concubinage

Union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

### Concubin

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

- le participant et le concubin partagent le même domicile et sont libres de tout autre lien de même nature (*c'est à dire que chacun est célibataire, veuf, divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité - PACS avec une autre personne*) ;

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

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

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

### Conjoint

Conjoint de l'affilié non séparé de corps judiciairement, ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle

### Contrat responsable

Contrat santé ne couvrant pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale et répondant à l'ensemble des conditions mentionnées par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et par tout texte ultérieur pris par les Pouvoirs Publics pour son application (*notamment les articles R. 871-1 et R. 871-2 de ce même code*).

### Contrat solidaire

Contrat santé dont les cotisations ne sont pas déterminées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

### Crédit

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

### Enfant à charge

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

- âgé de moins de 18 ans et bénéficiant du régime social de base du chef du participant, de son conjoint, partenaire ou concubin ;

- âgé de moins de 28 ans, poursuivant ses études et inscrit au régime de la Sécurité sociale des Etudiants ou au régime général au titre de la Couverture Maladie Universelle (CMU). L'enfant est considéré à charge tant qu'il remplit les conditions énumérées ci-dessus, même s'il exerce temporairement (*emploi saisonnier...*) ou accessoirement (*petit travail d'appoint...*) une activité professionnelle, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de cette activité ;

- âgé de moins de 28 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le Code du Travail, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de son activité salariée ;

- âgé de moins de 28 ans lorsqu'il justifie être demandeur d'emploi non indemnisé par le Pôle Emploi ;

- quel que soit son âge, s'il est atteint d'une infirmité telle qu'il ne peut se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoit l'allocation prévue par la législation en vigueur en faveur des adultes handicapés. L'handicapé qui remplit les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auquel celle-ci n'est pas versée en raison de son niveau de ressources peut être garanti.

### Frais de santé

Frais médicaux, dentaires, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation engagés par un assuré.

### Hospitalisation

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

### Maladie

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



### Maternité

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

### Médecin traitant

Médecin choisi par le participant dont le nom est communiqué à la CMSA dont relève le participant. Il peut être un médecin généraliste, spécialiste, un médecin exerçant dans un centre de santé ou hospitalier.

Il assure le premier niveau de recours aux soins en prenant directement en charge les soins courants et les soins de prévention (*dépistage, éducation sanitaire...*) du patient. Il l'oriente également dans le parcours de soins coordonnés et participera à la mise en place et à la gestion du dossier médical personnel prévu à l'article L.161-36-1 du Code de la Sécurité Sociale.

### Médecin correspondant

Médecin intervenant en coordination avec le médecin traitant, tant pour rendre un avis ponctuel que pour des soins itératifs (*plan de soins prédéfini en termes de contenu et de périodicité entre le médecin traitant et le médecin correspondant*). Il garantit le second niveau de recours au système de soins, notamment l'accès aux soins les plus spécialisés.

### Médecin à accès spécifique

Médecin relevant de certaines spécialités (*gynécologie, ophtalmologie...*) qui, pour certains actes précisés relevant de sa spécialité, peut être consulté sans orientation préalable du médecin traitant tout en restant dans le parcours de soins.

### Pacte civil de solidarité - PACS

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

### Partenaire

Co-contractant d'un PACS.

### Parcours de soins

Accès au système de soins (*hors hospitalisation*) dans lequel le patient a en premier lieu recours à son médecin traitant, qui, dans certaines situations, peut l'adresser vers un autre médecin (*médecin correspondant*).

Sauf les exceptions prévues à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale, en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés par le patient, une majoration du ticket modérateur est laissée à la charge du participant.

### Plafond annuel de la Sécurité sociale

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

### Ticket modérateur

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

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

Ce ticket modérateur est égal à la différence entre la base de remboursement retenue par la Mutualité Sociale Agricole pour effectuer son remboursement et les prestations dues par cet organisme.

La participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale dues par le patient ne sont pas prises en considération dans le calcul du ticket modérateur.

### UNCAM

Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie.

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

#### 1 - Pharmacie

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

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

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

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

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

- en cas de résiliation du contrat, suite à la dénonciation de l'Accord Interdépartemental du 26 février 2009 ou suite à un changement d'organisme assureur ;
- en cas d'utilisations abusives répétées du système ;
- si le participant ne remplit plus les conditions d'ouverture des droits requis au titre de la Mutualité Sociale Agricole obligatoire dont il relève ;
- et en tout état de cause en cas de départ de l'entreprise du participant.

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

#### 2 - Autres professions de santé

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

#### 3 - Accord de prise en charge hospitalière

##### Objet

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

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

##### Conditions d'application

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

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

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

La prise en charge n'est donc pas délivrée :

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

### Formalités administratives

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

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

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

## Annexe 3 - Tableau des garanties

### Le salarié choisit, pour lui-même et l'ensemble de ses ayants droit, l'un ou l'autre des deux régimes ci-après.

Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-après s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement (BR) au régime social de base français. Le cumul des remboursements du régime social de base et de l'Institution ne peut excéder le montant des frais réellement engagés (FR).

Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire (article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale) ne pourront donner lieu à remboursement. Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent part du régime social de base non comprise.

Nature de garanties	Remboursement de l'Institution : 100 % des FR limités à :	
	Régime conventionnel	Régime amélioré
<b>FRAIS MÉDICAUX</b>		
Consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes	30 % BR	<b>80 % BR</b>
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	40 % BR	40 % BR
Massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	40 % BR	40 % BR
Analyses et examens de laboratoire	40 % BR	40 % BR
Radiographie, électro-radiographie	30 % BR	<b>80 % BR</b>
Actes de prévention responsable	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	<b>23 € / consultation</b> dans la limite de 4 / an et / famille
<b>PHARMACIE</b>		
Médicaments remboursés par le régime de base	De 0 à 85 % BR	De 0 à 85 % BR
<b>OPTIQUE</b>		
Soins et honoraires	30 % BR	<b>80 % BR</b>
Verres	390 % BR + crédit de 200 € / an + majoration 75 € / an si pas de consommation pendant 2 ans (lentilles prises en charge uniquement)	390 % BR + crédit de <b>300 € / an</b> porté à <b>500 €</b> si pas de consommation pendant 5 ans (lentilles prises en charge ou non)
Monture		
ET Lentilles prises en charge par le régime de base pour le régime conventionnel		
OU Lentilles prises en charge ou non par le régime de base pour le régime amélioré		

Nature de garanties	Remboursement de l'Institution : 100 % des FR limités à :	
	Régime conventionnel	Régime amélioré
<b>DENTAIRE</b>		
Soins	30 % BR	30 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par le régime de base (et inlays core)	280 % BR + crédit de 300 € / an	<b>340 % BR</b> + crédit de <b>400 € / an</b>
Parodontologie	Non pris en charge	<b>75 € / an</b>
Orthodontie prise en charge par le régime de base	200 % BR	200 % BR
<b>APPAREILLAGE</b>		
Prothèses auditives - Prises en charge par le régime de base - Non prises en charge par le régime de base	390 % BR Non pris en charge	390 % BR <b>150 € / an</b>
Fournitures médicales, pansements, gros et petit appareillage, prothèses (autres que prothèses auditives)	0 à 35 % BR	<b>85 % BR</b>
Fauteuil roulant	Non pris en charge	<b>200 € / an</b>
<b>ACTES LOURDS</b>		
Forfait légal (18 €) sur les actes lourds (coeff ≥50 ou BR ≥ 91 €)	100 % du forfait	100 % du forfait
<b>HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE</b>		
Frais de soins et séjours	0 à 20 % BR	<b>Conventionné 100 % FR</b> <b>Non conventionné 90 % FR</b>
Dépassement d'honoraires	220 % BR	220 % BR
Frais d'accompagnement (lit + repas)	Enfant de moins de 16 ans : 30 € / jour	<b>Enfant à charge : 50 € / jour sans limite pendant 10 jours / an</b> puis 30 € / jour pour les enfants de moins de 16 ans
Forfait hospitalier	100 % du forfait dès le 1 <sup>er</sup> jour	100 % du forfait dès le 1 <sup>er</sup> jour
Chambre particulière	25 € / jour	<b>75 € / jour pendant 60 jours / an</b> puis 25 € / jour
<b>HOSPITALISATION MATERNITÉ</b>		
Dépassement d'honoraires et chambre particulière	Crédit de 1/3 du PMSS / bénéficiaire / maternité	Crédit de 1/3 du PMSS / bénéficiaire / maternité
<b>HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE</b>		
Frais de soins et de séjour (secteur conventionné ou non)	0 à 20 % du BR	<b>Conventionné 100 % FR</b> <b>Non conventionné 90 % FR</b>
Dépassement d'honoraires et chambre particulière	Crédit de 1/3 du PMSS <sup>(2)</sup> / bénéficiaire / an	<b>75 € / jour limité à 45 jours / an</b>
<b>CURES THERMALES</b>		
Honoraires de surveillance médicale	Enfant à charge uniquement	<b>Tout bénéficiaire</b>
	30 % BR	30 % BR + <b>150 € / an et / bénéficiaire</b>
Frais de traitement thermaux	35 % BR	
<b>TRANSPORT</b>		
Frais de transport du malade (ambulance, taxi agréé, véhicule sanitaire léger...)	35 % BR	35 % BR
<b>PRÉVENTION</b>		
Suivant les conditions prévues dans l'arrêté du 8 juin 2006 fixant la liste des prestations de prévention : vaccins, détartrage, dépistage hépatite B, dépistage audio, ostéodensitométrie, autres actes de prévention remboursés par le régime social de base	Conformément aux dispositions ci-dessus	Conformément aux dispositions ci-dessus

FR : Frais réellement engagés

BR : Base de remboursement du régime social de base

PMSS : Salaire Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale