



SANTÉ

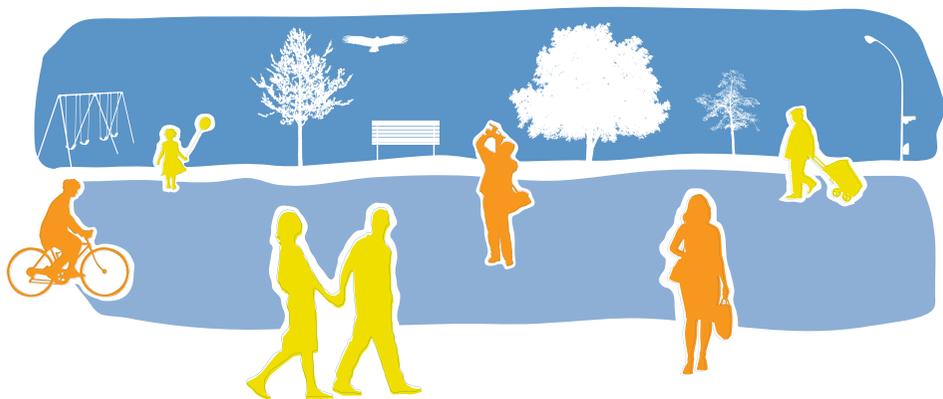


PRÉVOYANCE

# Notice d'Information

Convention collective nationale des entreprises du paysage

*Employés et ouvriers  
A effet du 1<sup>er</sup> avril 2009*



## SOMMAIRE

<b>PRÉAMBULE</b> .....	<b>3</b>
<b>TITRE 1 • PRÉSENTATION DU RÉGIME</b> .....	<b>4</b>
ARTICLE 1-1 SON OBJET .....	4
ARTICLE 1-2 SA DURÉE .....	4
ARTICLE 1-3 COTISATIONS .....	4
ARTICLE 1-4 FAUSSE DÉCLARATION .....	4
ARTICLE 1-5 PRESCRIPTION .....	5
ARTICLE 1-6 INFORMATIQUE ET LIBERTÉ .....	5
<b>TITRE 2 • GARANTIE FRAIS DE SANTÉ</b> .....	<b>5</b>
ARTICLE 2-1 BÉNÉFICIAIRES .....	5
ARTICLE 2-2 AFFILIATION ET ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES .....	6
ARTICLE 2-3 AFFILIATIONS FACULTATIVES .....	6
ARTICLE 2-4 MONTANT DE LA GARANTIE .....	6
ARTICLE 2-5 LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIES .....	6
ARTICLE 2-6 ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES .....	7
ARTICLE 2-7 CESSATION DES GARANTIES .....	7
ARTICLE 2-8 MAINTIEN GRATUIT DES GARANTIES .....	7
ARTICLE 2-9 MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL .....	7
<b>TITRE 3 • GARANTIES PRÉVOYANCE</b> .....	<b>8</b>
ARTICLE 3-1 GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL .....	8
3-1-1 • BÉNÉFICIAIRES .....	8
3-1-2 • ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE .....	8
3-1-3 • MODALITÉS DE L'INDEMNISATION .....	8
3-1-4 • MAINTIEN DES GARANTIES .....	9
ARTICLE 3-2 GARANTIE INCAPACITÉ PERMANENTE .....	9
3-2-1 • BÉNÉFICIAIRES .....	9
3-2-2 • MODALITÉS DE L'INDEMNISATION .....	9
3-2-3 • MAINTIEN DES GARANTIES .....	10
ARTICLE 3-3 GARANTIE DÉCÈS .....	10
3-3-1 • BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE .....	10
3-3-2 • MONTANT DE LA GARANTIE .....	11
3-3-3 • EXCLUSIONS DE LA GARANTIE .....	11
3-3-4 • CESSATION DE LA GARANTIE .....	11
3-3-5 • MAINTIEN DE LA GARANTIE .....	11
<b>TITRE 4 • ACTION SOCIALE</b> .....	<b>12</b>
<b>ANNEXE 1 • DÉFINITIONS - GARANTIE SANTÉ</b> .....	<b>12</b>
<b>ANNEXE 2 • FRANCE MÉTROPOLITAINE : MODALITÉS D’AFFILIATION, DE MODIFICATION DE SITUATION ET DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS</b> .....	<b>13</b>
1 - AFFILIATION .....	13
2 - MODIFICATION DE SITUATION .....	13
3 - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS .....	13
4 - CAS PARTICULIER : DÉPARTEMENT DE CHARENTE-MARITIME .....	14
<b>ANNEXE 3 • DÉPARTEMENT D’OUTRE-MER : MODALITÉS D’AFFILIATION, DE MODIFICATION DE SITUATION ET DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS</b> .....	<b>15</b>
1 - AFFILIATION DU SALARIÉ ET DES AYANTS DROITS .....	15
2 - MODIFICATION DE SITUATION .....	15
3 - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS .....	15
<b>ANNEXE 4 • TABLEAU DES GARANTIES (HORS RÉGIME LOCAL)</b> .....	<b>16-17</b>
<b>ANNEXE 5 • TABLEAU DES GARANTIES (RÉGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE)</b> .....	<b>16-18</b>

# P R É A M B U L E

Les partenaires sociaux des entreprises du paysage ont signé le 10 octobre 2008 une Convention Collective Nationale (CCN).

Cette CCN du Paysage confirme la mise en place **d'un régime complémentaire de prévoyance et frais de santé pour les employés et ouvriers de la branche.**

Ce régime, qui est entré en vigueur **au 1<sup>er</sup> avril 2009**, est :

- à adhésion obligatoire pour l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application professionnel et territorial de la CCN du Paysage ;
- à affiliation obligatoire pour l'ensemble des employés et ouvriers, salariés de ces entreprises, tels que définis par ladite CCN.

Les partenaires sociaux ont désigné, comme assureur des garanties prévoyance et santé, l'institution de prévoyance, AGRI PRÉVOYANCE, dont le siège social est situé, 21 rue de la Bienfaisance – 75 382 PARIS Cedex 08.

AGRI PRÉVOYANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM), sise, 61 rue Taitbout 75009 PARIS.

## **SANTÉ**

**Pour la France Métropolitaine**, AGRI PRÉVOYANCE délègue aux caisses de Mutualité Sociale Agricole, dans le cadre d'une convention de gestion nationale, l'appel des cotisations et le règlement des prestations.

**Pour les salariés des DOM**, AGRI PRÉVOYANCE délègue à la CCMO, BP 50993, 17 place J. Hachette 60014 BEAUVAIS Cedex, le versement des prestations complémentaires santé. AGRICA, pour le compte d'AGRI PRÉVOYANCE, appelle les cotisations directement auprès de l'entreprise.

## **PRÉVOYANCE**

**Pour la France Métropolitaine**, AGRI PRÉVOYANCE délègue, dans le cadre d'une convention de gestion nationale, l'appel des cotisations de l'ensemble des garanties et le versement des prestations incapacité temporaire de travail aux Caisses de Mutualité Sociale Agricole. Le règlement des prestations incapacité permanente et décès est effectué par AGRICA, pour le compte d'AGRI PRÉVOYANCE.

**Pour les salariés des DOM**, l'appel des cotisations ainsi que le versement de l'ensemble des prestations décès et incapacité de travail sont assurés par AGRICA, pour le compte d'AGRI PRÉVOYANCE.

La présente notice qui a pour objet de vous décrire l'ensemble des garanties du régime dont vous bénéficiez, se décompose en quatre titres principaux :

- le Titre 1 vous présente le régime ainsi qu'un ensemble de règles communes aux garanties santé et prévoyance ;
- le Titre 2 vous expose la garantie frais de santé ;
- le Titre 3 vous décrit les garanties incapacité de travail et décès ;
- le Titre 4 vous présente l'action sociale.

# TITRE 1 • PRÉSENTATION DU RÉGIME

## Article 1-1

### SON OBJET

Le régime de prévoyance et de frais de santé mis en place par les partenaires sociaux a pour objet de vous assurer, dans les conditions exposées dans le titre 2 et le titre 3 de la présente notice :

- le remboursement complémentaire de frais de santé (frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation...) en cas de dépenses de santé consécutives à une maladie, maternité ou accident ;
- le versement d'une indemnité journalière complémentaire en cas d'incapacité temporaire de travail consécutive à une maladie ou à un accident ;
- le versement d'une rente annuelle complémentaire en cas d'incapacité permanente professionnelle du participant consécutive à une maladie professionnelle ou à un accident du travail ;
- le versement d'une pension d'invalidité en cas d'incapacité permanente consécutive à une maladie ou à un accident non professionnelle ;
- le paiement d'un capital décès à vos ayants droit en cas de décès survenant durant votre activité ;
- le paiement d'une rente annuelle d'éducation à vos enfants dont vous aviez la charge au jour de votre décès ;
- le paiement d'une indemnité obsèques en cas de décès de votre conjoint, de votre cocontractant d'un PACS, votre concubin ou l'un de vos enfants à charge.

## Article 1-2

### SA DURÉE

Le régime complémentaire prévoyance et santé, auquel vous êtes affilié, s'impose à votre employeur, tant pour ce qui est de son obligation d'adhérer que du contenu des garanties ou encore de sa gestion par AGRI PRÉVOYANCE.

Il ne peut être remis en cause que par les partenaires sociaux signataires de la CCN du Paysage du 10 octobre 2008.

## Article 1-3

### COTISATIONS

Le financement du régime est assuré conjointement par vous-même et votre employeur. Votre part de cotisation est directement précomptée sur votre fiche de paye, par votre employeur.

Votre employeur a la responsabilité du versement total des cotisations.

### SANTÉ

Les cotisations relatives à la garantie santé sont dues à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois de l'entrée en vigueur de la garantie, telle que précisée à l'article 2-2 de la présente notice.

Pour tout mois civil complet d'arrêt de travail consécutif à une maladie, un accident de travail ou une maternité, la garantie vous est maintenue sans contrepartie de versement de la cotisation.

Si vous êtes salarié travaillant à temps partiel sur plusieurs entreprises relevant de la CCN du Paysage, la cotisation santé vous sera appelée auprès d'un seul employeur, déterminé selon les critères suivants :

- l'employeur qui vous occupe de manière principale;
- à défaut, votre plus ancien employeur.

### PRÉVOYANCE

Les cotisations relatives aux garanties prévoyance sont dues dès le 1<sup>er</sup> jour de votre embauche.

## Article 1-4

### FAUSSE DÉCLARATION

Vous vous engagez à fournir à AGRI PRÉVOYANCE, soit directement, soit par l'intermédiaire de votre employeur tout renseignement nécessaire à l'établissement de vos droits et obligations.

**Toute déclaration intentionnelle fautive ou incomplète, toute réticence, omission ou inexactitude dans la déclaration du risque entraîne l'application des sanctions prévues par le code de la Sécurité Sociale.**

## Article 1-5

### PRESCRIPTION

Toutes actions relatives aux garanties de votre régime sont prescrites dans les conditions de l'article L 932-13 du code de Sécurité Sociale, à compter de l'évènement qui y donne naissance :

- par deux ans en ce qui concerne la garantie santé ;
- par cinq ans en ce qui concerne la garantie incapacité de travail ;
- et par dix ans en ce qui concerne la garantie décès, lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où AGRI PRÉVOYANCE en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

## Article 1-6

### INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

En application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez demander en justifiant de votre identité, communication et rectification, s'il y a lieu, de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage d'AGRI PRÉVOYANCE ou de ses mandataires, co-assureurs et organismes professionnels intervenant au contrat.

## TITRE 2 • GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

### Article 2-1

#### BÉNÉFICIAIRES

Les bénéficiaires de la garantie frais de santé, définis dans la CCN du Paysage, sont les suivants :

**1. Vous-même en tant que salarié**, sous réserve que vous soyez présent de manière continue dans l'entreprise **depuis trois mois**.

#### CAS PARTICULIER :

Un salarié embauché dans les trois mois au plus tard, qui suivent sa sortie d'une entreprise visée par la CCN du Paysage, et qui ouvrirait droit aux garanties santé dans le cadre de son ancien emploi, est couvert dès son entrée dans la nouvelle entreprise.

**2. Vos ayants-droit, à savoir :**

- **votre conjoint**, non divorcé, résidant en France métropolitaine ou dans un département d'Outre-Mer ;

**Sont assimilés au conjoint :**

- Le cocontractant d'un PACS, résidant en France métropolitaine ou dans un département d'Outre-Mer ;
- Le concubin, résidant en France métropolitaine ou dans un département d'Outre-Mer s'il est à la charge du salarié (cette condition n'est pas requise lorsqu'ils ont eu au moins un enfant en commun), sous réserve que le salarié ne soit ni marié ni pacsé.

●  **vos enfants à charge :**

Par enfant, il faut entendre :

- les enfants du salarié (légitimes, adoptés ou reconnus) ;
- les enfants recueillis par le salarié et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue ;
- les enfants qui ont été élevés par le salarié pendant neuf ans au moins avant leur 16<sup>ème</sup> anniversaire ;
- les enfants dont la qualité d'ayant droit du conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin aura été reconnue par le régime de base de Sécurité Sociale.

Sont considérés comme enfants à charge :

- tous les enfants âgés de moins de 16 ans ;
- tous les enfants âgés de moins de 20 ans s'ils sont apprentis ;
- tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils sont étudiants.

## Article 2-2

### AFFILIATION ET ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

L'affiliation à la garantie frais de santé des salariés, justifiant de 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise, est obligatoire.

Ainsi, dès lors que vous remplissez cette condition d'ancienneté, vous êtes automatiquement affilié à la garantie.

Votre couverture santé entre en vigueur, pour vous et pour vos ayants-droit :

- soit, dès la date de prise d'effet du régime si vous étiez déjà présent dans l'entreprise et que vous remplissiez déjà cette condition d'ancienneté de 3 mois ;
- soit, le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit l'acquisition de cette ancienneté. Toutefois, dans le cas où cette condition viendrait à être satisfaite au plus tard le 4 d'un mois, votre couverture entrerait en vigueur le premier jour de ce même mois ;
- soit, dès le premier jour de votre embauche, en cas de reprise d'ancienneté acquise auprès de votre ancien employeur.

Votre régime ne prévoit aucun délai de « carence », ce qui signifie que le droit à l'ensemble des prestations santé vous est ouvert dès le 1<sup>er</sup> jour de votre d'affiliation.

## Article 2-3

### AFFILIATIONS FACULTATIVES

**A titre dérogatoire**, vous pouvez choisir de ne pas être affilié à la garantie frais de santé si vous vous trouvez dans l'une des situations suivantes :

- vous bénéficiez de la CMU-C (couverture maladie universelle – complémentaire) ;
- vous bénéficiez d'une couverture complémentaire santé obligatoire dans le

cadre d'un autre emploi (salarié à employeurs multiples) ;

- vous êtes salarié à temps très partiel (inférieur à un mi-temps) et la part de cotisation à votre charge représente 10% ou plus de votre rémunération ;
- vous êtes en contrat d'apprentissage et la part de cotisation à votre charge représente 10% ou plus de votre rémunération ;
- vous êtes couvert par la garantie frais de santé du Paysage en tant que conjoint ou enfant du salarié, travaillant dans la même entreprise.

Dans ces cas, votre demande de dispense d'affiliation **écrite, accompagnée des justificatifs attestant de votre situation**, doit être adressée à votre employeur.

En cas d'emplois multiples, l'attestation de couverture santé obligatoire souscrite auprès de l'autre employeur devra être fournie chaque année. En tout état de cause, tout changement dans votre situation remettant en cause votre dispense d'affiliation doit être déclarée à votre employeur de manière à ce que vous soyez obligatoirement affilié à la garantie frais de santé.

## Article 2-4

### MONTANT DE LA GARANTIE

Votre garantie frais de santé assure le remboursement des dépenses de santé consécutives à une maladie, une maternité ou un accident.

Ces remboursements sont réalisés après versement des prestations du régime de base.

Ils s'effectuent, poste par poste, conformément au tableau des garanties annexé ci-après.

En tout état de cause, ces remboursements ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés par l'assuré, après remboursement de toute nature auxquels il a droit.

## Article 2-5

### LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIES

**D'une manière générale, ne sont pas pris en charge les frais engagés au titre d'actes prescrits**

- **avant la date d'entrée en vigueur des garanties ;**
- **après la cessation des garanties.**

● **Limites liées au caractère « responsable » de votre régime :**

**Votre régime frais de santé s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits « responsables » défini par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets et arrêtés d'application.**

**Ainsi, il ne rembourse ni les pénalités mises à la charge de l'assuré, notamment en cas de non respect du parcours de soins, 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.**

**En tout état de cause, votre régime sera automatiquement adapté en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats « responsables ».**

● **Limites liées aux actes :**

**Ne sont pas pris en charge les frais de santé résultant de suites de traitements ou d'interventions chirurgicales, exécutés dans un but esthétique ou de rajeunissement, non pris en charge par le régime de base et non liés à une maladie, maternité ou un accident antérieurs.**

### Article 2-6

#### ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Vos garanties s'exercent :

- 1° - En France métropolitaine, dans les départements d'Outre-Mer, en Andorre et à Monaco ;
- 2° - Dans le monde entier, à l'occasion de séjour ou voyage n'excédant pas 3 mois. Dans ce dernier cas, les remboursements complémentaires ne peuvent être effectués que si les frais sont pris en charge par le régime de base, sauf exceptions indiquées dans le tableau des garanties annexé à la présente notice d'information.

### Article 2-7

#### CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent de plein droit, tant à votre égard qu'à l'égard de vos ayants-droit :

- à la fin du mois au cours duquel vous cessez d'appartenir à la catégorie de salariés

bénéficiaires du régime, à savoir lorsque vous perdez votre qualité d'employé ou d'ouvrier ;

- à la fin du mois au cours duquel vous cessez d'être au service de votre employeur, pour quelque cause que ce soit ;
- en cas de décès.

Concernant plus spécifiquement les garanties dont bénéficient vos ayants-droit, elles cessent de plein droit dès la perte de la qualité de conjoint, de cocontractant d'un PACS ou de concubin ou encore, d'enfant à charge, telle que définie à l'article 2-1.

La cotisation du mois, au cours duquel l'évènement est intervenu, reste due.

### Article 2-8

#### MAINTIEN GRATUIT DES GARANTIES

Les garanties frais de santé de votre régime sont maintenues gratuitement pendant 3 mois :

- lors du décès du salarié, au bénéfice de vos ayants droit ;
- en cas de licenciement, sous réserve que vous en fassiez la demande auprès d'AGRIC A pendant votre période de préavis ou au plus tard à la fin du mois qui suit votre départ de l'entreprise.

### Article 2-9

#### MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL

Vos garanties frais de santé peuvent vous être maintenues, sans période probatoire ni contrôle médical, sous forme de contrat individuel :

- à l'échéance du maintien gratuit prévue à l'article 2-8 ;
- à la cessation de vos garanties telle que prévue à l'article 2-7.

Ce maintien s'effectue dans les conditions suivantes :

- 1) En cas de rupture de votre contrat de travail, dans la mesure où vous bénéficiez d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, si vous êtes privés d'emploi, d'un revenu de remplacement :

Vous devez alors demander le maintien à titre individuel de vos garanties, **dans les six mois qui suivent la rupture de votre contrat de travail.**

## 2) En cas de décès

Vos ayants-droit peuvent, sous réserve d'en faire la demande **dans les six mois qui suivent votre décès**, bénéficier du maintien de leurs garanties pendant une durée minimale de douze mois.

Le tarif applicable à l'ensemble de ces situations de maintien individuel est défini dans les limites prévues par la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin ».

## TITRE 3 • GARANTIES PRÉVOYANCE

### Article 3-1

#### GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Cette garantie vous assure en cas d'arrêt de travail pour accident ou maladie, dûment justifié par prescription médicale, le versement d'indemnités journalières **complémentaires** à celles servies par le régime de base.

#### 3-1-1 • Bénéficiaires

En cas d'accident du travail, de trajet et de maladie professionnelle, le bénéfice de la garantie incapacité temporaire de travail vous est accordé **sans condition d'ancienneté**.

En cas de maladie et d'accidents de la vie privée, le bénéfice de cette même garantie vous est accordé, sous réserve de justifier **d'une année d'ancienneté continue ou non** dans l'entreprise.

Il est précisé que votre ancienneté est appréciée au 1<sup>er</sup> jour de votre absence.

#### 3-1-2 • Entrée en vigueur de la garantie

La garantie incapacité temporaire de travail entre en vigueur :

- en cas d'accident du travail, d'accident de **trajet, ou de maladie professionnelle, à compter du 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de travail** ;
- en cas de maladie ou d'accident de la vie privée, **à compter du 8<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail.**

#### 3-1-3 • Modalités de l'indemnisation

##### ● Durée de votre indemnisation

Votre droit à indemnités journalières complémentaires est ouvert tant que votre incapacité temporaire, dûment justifiée par prescription médicale, donne lieu au versement d'indemnités journalières par le régime de base.

Votre droit à indemnités journalières complémentaires cesse dès lors que le régime de base vous reconnaît un état d'incapacité permanente.

##### ● Montant de votre indemnisation

Le montant de vos indemnités journalières

complémentaires porte votre indemnisation globale (indemnité légale + indemnité complémentaire) à :

- 100% de votre salaire net pendant 90 jours ;
- puis 80% de votre salaire net.

Votre indemnisation se poursuit tant que dure le versement des indemnités journalières légales, que votre indemnisation résulte d'un accident du travail, de trajet, de maladie professionnelle ou de maladie ou accident de la vie privée.

Votre indemnisation ne peut avoir pour effet de vous servir une indemnisation nette supérieure à votre rémunération d'activité avant votre incapacité de travail.

En cas de reprise partielle de votre travail, et à condition que les prestations du régime de base vous soient maintenues, les indemnités journalières complémentaires continueront à vous être versées dans la limite des règles de cumul exposées ci-dessus, les salaires payés par votre employeur compris.

La revalorisation de vos indemnités journalières complémentaires s'effectue selon les mêmes modalités que celles du régime de base.

### **3-1-4 • Maintien des garanties**

Si votre contrat de travail venait à être rompu avant la fin de la période d'indemnisation, les indemnités journalières complémentaires continueraient à vous être versées jusqu'à la date limite d'indemnisation.

## **Article 3-2**

### **GARANTIE INCAPACITÉ PERMANENTE**

Cette garantie, susceptible de vous être servie pour une incapacité permanente, vous assure le versement d'une pension mensuelle complémentaire en cas d'attribution par le régime de base :

- d'une pension d'invalidité catégorie 2 ou 3 reconnue par le régime de base ;
- d'une rente accident du travail pour incapacité au moins égale aux 2/3.

### **3-2-1 • Bénéficiaires**

Afin de pouvoir bénéficier de votre pension complémentaire :

- **vous devez justifier d'une ancienneté de 12 mois continue ou non dans l'entreprise ;**
- vous devez percevoir une pension d'invalidité catégorie 2 ou 3 ou une rente accident du travail pour incapacité au moins égale aux 2/3, reconnue par le régime de base.

Vous pouvez être reconnu invalide sans indemnisation préalable au titre de la garantie incapacité temporaire.

Les salariés en arrêt de travail à la date d'entrée en vigueur du régime et faisant l'objet d'un passage ultérieur en état d'incapacité permanente de travail avec perception d'une rente d'invalidité de catégorie 1 ne seront pas bénéficiaires des prestations définies ci-dessous.

### **3-2-2 • Modalités de l'indemnisation**

#### **● Durée de votre indemnisation**

Votre pension complémentaire vous est versée mensuellement :

O tant que votre pension d'invalidité de catégorie 2 ou 3 ou votre rente accident du travail pour une incapacité au moins égale aux 2/3 vous est servie par le régime de base ;

O jusqu'à la date d'attribution de votre pension de vieillesse par un régime de Sécurité Sociale.

#### **● Montant de votre indemnisation**

Le montant de pension complémentaire porte votre indemnisation globale (pension ou rente légale + pension complémentaire) à 80% de votre salaire net.

Le salaire net pris en compte pour le calcul de votre pension complémentaire correspond au douzième de vos salaires nets perçus au cours des 12 mois civils précédant votre arrêt de travail.

En tout état de cause, votre pension complémentaire ci-dessus mentionnée, ne peut avoir pour effet de porter le total de vos indemnités nettes servies, à une somme supérieure à votre rémunération nette perçue avant l'invalidité.

La revalorisation de votre pension complémentaire s'effectue selon les mêmes modalités que celle du régime de base.

### 3-2-3 • *Maintien des garanties*

Les pensions en cours de service à la date d'entrée en vigueur du régime, ou résultant d'un arrêt de travail à cette même date, continuent à être supportées par l'organisme assureur antérieurement désigné.

Seules les revalorisations intervenant à compter de la date d'effet du régime sont effectuées par AGRI PRÉVOYANCE, dans la mesure où elles ne le sont pas par l'organisme antérieurement désigné.

## Article 3-3

### GARANTIE DÉCÈS

Elle comprend plusieurs prestations :

- un capital décès ;
- une rente éducation ;
- une indemnité frais d'obsèques.

Pour l'ensemble de ces garanties, la notion d'enfant à charge se définit de la façon suivante.

Par « enfant », il faut entendre :

- les enfants du participant (légitimes, adoptés ou reconnus, nés ou à naître)
- les enfants recueillis par le participant et pour lequel la qualité de tuteur lui est reconnue
- les enfants qui ont été élevés par le participant pendant neuf ans au moins avant leur 16<sup>ème</sup> anniversaire
- les enfants dont la qualité d'ayant droit du participant aura été reconnue par le régime de base de sécurité sociale.

Sont considérés comme enfants à charge les enfants nés ou élevés :

- âgés de moins de 18 ans, quelle que soit leur situation ;
- âgés de 18 à 26 ans lorsqu'ils sont étudiants, apprentis, demandeurs d'emploi inscrits à PÔLE EMPLOI et non indemnisés par le régime d'Assurance Chômage ;
- reconnus invalides au sens de la législation des assurances sociales, quel que soit leur âge.

### 3-3-1 • *Bénéficiaires de la garantie*

#### ● **Le capital décès**

En présence de bénéficiaires prioritaires :

- en totalité à votre conjoint survivant non séparé de corps ;
- entre votre conjoint, qui ne peut se voir attribuer moins de 50% du capital, et vos descendants, si vous avez notifié à AGRI PRÉVOYANCE une répartition.

En l'absence de conjoint survivant non séparé de corps, le capital est versé en totalité à vos descendants.

Le cocontractant d'un PACS est assimilé au conjoint non séparé de corps.

En cas d'absence de bénéficiaires prioritaires, le capital est attribué dans l'ordre suivant :

- aux bénéficiaires désignés par vos soins ;
- à votre concubin justifiant d'au moins deux ans de vie commune, sous réserve que vous ne soyez ni marié ni pacsé ;
- à vos héritiers.

#### *CAS PARTICULIER :*

En cas d'invalidité de catégorie 3, absolue et définitive :

- constatée par le régime de base de la Mutualité Sociale Agricole ;
- vous interdisant toute activité rémunérée ;
- vous obligeant à être assisté d'une tierce personne pour les actes de la vie courante ;
- et, à condition que vous ne puissiez prétendre à une retraite de base à taux plein, notamment au titre de l'inaptitude ;

le capital décès de base peut, sur votre demande, vous être versé de manière anticipée en 24 mensualités.

Si vous veniez à décéder avant la liquidation de votre retraite de base sans avoir perçu la totalité de votre capital décès de base, la part correspondant au reliquat est versée à vos bénéficiaires.

Si votre invalidité cessait d'être absolue et définitive postérieurement au versement par anticipation du capital décès de base et avant la liquidation de votre retraite de base, les bénéficiaires ne pourraient plus prétendre au versement de votre capital décès de base.

### ● **La rente éducation**

Sous réserve qu'au jour de votre décès vous justifiez de 12 mois continus ou non d'affiliation à la garantie décès, chaque enfant reconnu à votre charge bénéficie d'une rente annuelle.

Pour les orphelins de plus de 18 ans, le droit à la rente est subordonné à la justification de la poursuite de leur scolarité.

### ● **L'indemnité frais d'obsèques**

Vous bénéficiez d'une indemnité frais d'obsèques en cas de décès :

- de votre conjoint non séparé de corps ou de votre cocontractant de PACS ;
- de votre concubin justifiant d'au moins 2 ans de vie commune ;
- d'un enfant à charge.

#### **3-3-2 • Montant de la garantie**

### ● **Le capital décès**

Le montant du capital décès est fonction de votre salaire annuel brut et de votre situation de famille. En effet, le contrat prévoit un capital de base auquel peuvent s'ajouter des majorations familiales.

Ce capital est versé aux bénéficiaires, sur leur demande.

Son montant est égal à 100% du salaire annuel brut.

Le salaire brut pris en compte est celui des 4 derniers trimestres civils précédant le décès.

Le montant de ce capital décès est majoré de 25% par enfant à charge au moment du décès.

Les majorations familiales sont directement versées à l'enfant à charge si ce dernier est majeur, ou à son représentant légal, s'il est mineur.

### ● **La rente éducation**

Il est versé à chacun des enfants, reconnus à votre charge au jour de votre décès, une rente annuelle égale à :

- 50 points par enfant âgé de 0 à 10 ans ;
- 75 points par enfant âgé de 11 à 17 ans ;
- 100 points par enfant âgé de 18 à 26 ans, s'il poursuit des études.

La valeur du point est égale à celle du point AGRI PRÉVOYANCE, revalorisée chaque année au 1<sup>er</sup> septembre.

La rente éducation est versée directement à l'enfant s'il est majeur, ou à son représentant légal, s'il est mineur.

### ● **L'indemnité frais d'obsèques**

Le montant de l'indemnité frais d'obsèques est égal à 100% du plafond mensuel de Sécurité Sociale applicable au moment du décès.

Pour bénéficier de cette indemnité, vous devez avoir réglé vous-même les frais d'obsèques et déposé votre demande d'indemnité dans les six mois qui suivent le décès.

#### **3-3-3 • Exclusions de la garantie**

**Sont garantis par l'Institution tous les risques de décès, à l'exclusion de ceux résultant :**

**1° de la guerre civile ou étrangère ;**

**2° du fait volontaire du bénéficiaire.**

**Le décès résultant du suicide du salarié est couvert.**

#### **3-3-4 • Cessation de la garantie**

La garantie cesse dès le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant :

- la rupture du contrat de travail pour quelle que cause que ce soit ;
- le décès.

La cotisation du mois, au cours duquel l'évènement est intervenu, reste due.

#### **3-3-5 • Maintien de la garantie**

En cas de rupture de votre contrat de travail, de non renouvellement ou de résiliation de l'accord collectif de prévoyance, la garantie décès vous est maintenue dès lors que vous êtes indemnisé au titre :

- de la garantie incapacité temporaire de travail ;
- de la garantie invalidité.

## TITRE 4 • ACTION SOCIALE

Votre affiliation à AGRI PRÉVOYANCE vous donne accès à nos services d'action sociale.

Confronté à une situation difficile, vous pouvez bénéficier d'une aide, notamment dans les cas suivants :

- accompagnement hospitalier ;
- aide à la famille (enfants en difficulté, placements, vacances) ;
- dettes engendrées par un problème de santé ;
- réinsertion professionnelle suite à un accident du travail.

Pour toute information, contactez

le **08 21 200 800** ou **[www.groupagricra.com](http://www.groupagricra.com)**

## ANNEXE 1 • DÉFINITIONS - GARANTIE SANTÉ

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

**Base de remboursement** : ensemble des éléments tarifaires sur lesquels le régime de base applique un taux (de 0% à 100%) pour déterminer le niveau de son remboursement.

**Changement de situation familiale** : 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 ;
- perte de la qualité d'enfant à charge ;
- décès d'un enfant à charge ou du conjoint.

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

En cas de conclusion ou de dissolution d'un PACS, la date de l'évènement 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.

**Forfait** : indemnité forfaitaire fixée par avance et invariable, versée dans les cas prévus.

**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 ou à une maladie, à l'exclusion des séjours effectués en établissement psychiatrique. Les séjours en maternité d'une durée inférieure à 12 jours ne sont pas considérés comme une hospitalisation.

**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 désigné par l'assuré âgé de 16 ans et plus auprès de l'assurance maladie et chargé de la mise en œuvre du parcours de soins coordonnés.

Peut être un médecin généraliste, spécialiste, un médecin exerçant dans un centre de santé ou hospitalier.

**Parcours de soins** : dispositif mis en place par la réforme de l'assurance maladie ayant pour objectif la maîtrise médicalisée des dépenses de santé par la coordination des soins (notamment désignation du médecin traitant et accès au dossier médical personnalisé).

**Plafond annuel de la Sécurité Sociale** : salaire annuel plafonné utilisé pour le calcul des cotisations sociales de base.

**Régime social de base** : Mutualité Sociale Agricole (MSA), Caisse Générale de Sécurité Sociale ou tout autre régime de base obligatoire français.

**Tarif de responsabilité (TR)** : barème appliqué par les Caisses d'Assurances Sociales pour calculer les remboursements des dépenses de santé. Ce tarif concerne des produits (médicaments ...) ou des actes (consultations, visites ...) et est :

- soit déterminé en accord avec les membres des professions de santé : il s'agit alors du tarif de convention,
- soit fixé unilatéralement par les pouvoirs publics : il s'agit alors du tarif d'autorité.

**Ticket modérateur** : il s'agit de la part restant à la charge de l'assuré, calculée sur la base du tarif de responsabilité, après remboursement du régime de base. Son montant varie selon les catégories de prestations.

**Tiers payant** : il permet à l'assuré de ne pas avancer de frais dans les pharmacies. Ceux-ci sont directement adressés aux caisses concernées pour les parts obligatoires et complémentaires.

## **ANNEXE 2 • FRANCE MÉTROPOLITAINE :** **MODALITÉS D'AFFILIATION, DE MODIFICATION DE SITUATION ET DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS**

### **1 - AFFILIATION**

#### ***Du salarié***

L'affiliation du salarié aux régimes de santé et de prévoyance est effectuée automatiquement par les services de la Mutualité Sociale Agricole dès que le salarié remplit les conditions d'affiliation.

#### ***Des ayants droits pour la garantie santé***

L'affiliation des ayants droits du salarié est à effectuer directement auprès des services de la Mutualité Sociale Agricole (MSA). Les pièces à fournir sont les suivantes :

- une copie du livret de famille ;
- le certificat de scolarité ou d'apprentissage des enfants à charge.

### **2 - MODIFICATION DE SITUATION**

En cas de changement de votre situation familiale (mariage, naissance), envoyez une copie du livret de famille ou une fiche d'état civil à votre caisse de Mutualité Sociale Agricole en indiquant votre numéro de Sécurité Sociale. Les modifications seront ainsi prises en compte.

### **3 - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS**

#### ***Prestations santé***

Pour vous offrir un service de qualité, un accord a été conclu avec la MSA qui, sur le même décompte, effectue le remboursement de base MSA et celui de votre garantie complémentaire frais de santé.

Vous pouvez utiliser votre Carte Vitale pour bénéficier du tiers payant pharmaceutique, après l'avoir mise à jour sur la borne Vitale la plus proche de votre domicile. L'utilisation par le professionnel de santé de la Carte Vitale évite à l'assuré d'avoir à effectuer toute demande pour le paiement des prestations de base comme de la part complémentaire AGRI PRÉVOYANCE.

En cas d'hospitalisation, l'établissement hospitalier peut également demander à votre caisse de Mutualité Sociale Agricole, l'envoi d'une prise en charge pour un règlement direct à l'établissement.

En cas de non utilisation de la Carte Vitale, les démarches pour obtenir vos remboursements sont les suivantes :

- **pour les salariés, leur conjoint, concubin et enfants à charge** (s'ils figurent sur votre carte d'assuré social)
  - 1 • Envoyez votre/leur feuille de soins à votre Caisse de MSA.
  - 2 • Vous recevrez sur un même décompte le remboursement de base de la MSA et le remboursement complémentaire d'AGRI PRÉVOYANCE.
- **pour le conjoint/concubin et les enfants à charge affiliés à la MSA** (et qui possèdent leur propre carte d'assuré social)
  - 1 • Notez en plus sur la feuille de soin votre numéro de Sécurité Sociale.
  - 2 • Envoyez leur feuille de soins à votre Caisse de MSA.
- **pour le conjoint/concubin et les enfants à charge affiliés aux autres régimes de sécurité sociale que la MSA** (Sécurité Sociale, Sécurité Sociale étudiante, autres régimes de base)

Un système d'échange d'informations entre CPAM et MSA permet normalement à votre caisse de MSA d'effectuer le remboursement complémentaire sans intervention de votre part.

Pour les cas où ce système ne serait pas encore mis en place :

- 1 • Envoyez la feuille de soins au régime concerné ;
- 2 • Envoyez ensuite le décompte du remboursement obtenu à votre caisse de MSA,

en notant en plus votre numéro de Sécurité Sociale ;

- 3 • Le remboursement complémentaire vous sera alors versé.

#### 4 - CAS PARTICULIER : DÉPARTEMENT DE CHARENTE-MARITIME

La gestion de la garantie complémentaire santé (cotisations et prestations) des salariés employés et ouvriers du département de Charente-Maritime est assurée intégralement par :

**La Mutuelle Verte**

**78, Cours Lafayette - BP 521**

**83 041 Toulon Cedex 9**

**Tél. 04 94 18 50 50**

#### *Prestations prévoyance*

Le versement des prestations incapacité temporaire de travail est effectué en même temps que le versement des indemnités journalières du régime de base par les caisses de Mutualité Sociale Agricole.

Le règlement des prestations incapacité permanente et décès est effectué par AGRI PRÉVOYANCE.

## **ANNEXE 3 • DÉPARTEMENT D'OUTRE-MER : MODALITÉS D'AFFILIATION, DE MODIFICATION DE SITUATION ET DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS**

### **1 - AFFILIATION DU SALARIÉ ET DES AYANTS DROITS**

L'affiliation du salarié et de ses ayants droits, pour la couverture frais de santé, est effectuée par l'entreprise à l'aide du bulletin d'affiliation qui sera transmis à AGRI PRÉVOYANCE.

Les pièces à fournir sont les suivantes :

- une copie du livret de famille ;
- une copie de l'attestation vitale mentionnant la personne assurée ;
- le certificat de scolarité ou d'apprentissage des enfants à charge ;
- un relevé d'identité bancaire ou postal (pour le règlement des prestations).

### **2 - MODIFICATION DE SITUATION**

En cas de changement de votre situation familiale (mariage, naissance) ou de changement de situation de vos ayants droits, vous devez fournir :

- à votre caisse générale de Sécurité Sociale en indiquant votre numéro de Sécurité Sociale :
  - une copie du livret de famille
  - une fiche d'état civil
- à CCMO :
  - une copie du livret de famille
  - une fiche d'état civil
  - une copie des pièces justificatives (certificats de scolarité, d'apprentissage)

### **3 - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS**

#### ***Prestations santé***

Vous pouvez utiliser votre Carte Vitale pour bénéficier du tiers payant pharmaceutique, après l'avoir mise à jour sur la borne Vitale la plus proche de votre domicile. L'utilisation de la Carte Vitale évite à l'assuré d'avoir à effectuer toute demande pour le paiement des prestations de base et complémentaires.

En cas d'hospitalisation, l'établissement hospitalier

peut également demander à la caisse de votre régime de base, l'envoi d'une prise en charge pour un règlement direct à l'établissement.

En cas de non utilisation de la Carte Vitale, vous devez, pour obtenir vos remboursements, envoyer l'original du décompte de vos prestations obligatoires à l'adresse suivante :

#### **CCMO MUTUELLE**

**17 place J. Hachette - BP 50993**

**60 014 BEAUVAIS Cedex**

**Tel : 03 44 06 90 00**

#### ***Prestations prévoyance***

Le versement de l'ensemble des prestations décès et incapacité de travail est assuré par AGRI PRÉVOYANCE.

## **ANNEXE 4 • TABLEAU DES GARANTIES (HORS RÉGIME LOCAL)**

Les remboursements s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats dits « responsables », institué par l'Article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures

En l'absence de prise en charge du régime de base, ces mêmes remboursements peuvent aussi être exprimés dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire.

En tout état de cause, l'addition de remboursements du régime de base et du régime complémentaire ne peut dépasser le montant des frais réellement engagés par le bénéficiaire.

*(voir tableau page 17)*

## **ANNEXE 5 • TABLEAU DES GARANTIES (RÉGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE)**

Les remboursements s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats dits « responsables », institué par l'Article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures

En l'absence de prise en charge du régime de base, ces mêmes remboursements peuvent aussi être exprimés dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire.

En tout état de cause, l'addition de remboursements du régime de base et du régime complémentaire ne peut dépasser le montant des frais réellement engagés par le bénéficiaire.

*(voir tableau page 18)*

## ANNEXE 4 • TABLEAU DES GARANTIES (HORS RÉGIME LOCAL)

Les garanties de ce régime s'appliquent pour la France métropolitaine et les départements d'outre-mer hors régime local d'Alsace-Moselle. Les pourcentages sont exprimés sur la base des montants pris en référence pour le calcul des remboursements du régime de sécurité sociale.

	Remboursements Régime Obligatoire	Remboursements Régime Complémentaire	Remboursements TOTAUX
<b>HOSPITALISATION</b>			
Frais de soins et de séjour	80% BR	20% BR	100% BR
Forfait hospitalier	-	100 % du forfait dès le premier jour	100 % du forfait dès le premier jour
Dépassement d'honoraires (hors maternité et psychiatrie)	-	remboursement supplémentaire de 220 % BR	remboursement supplémentaire de 220 % BR
Chambre particulière	-	25 € par jour	25 € par jour
Frais accompagnant	-	25 € par jour	25 € par jour
Maternité	100 % BR	remboursement complémentaire des frais de soins et de séjour à concurrence du tiers du PMSS	100 % BR + remboursement complémentaire des frais de soins et de séjour à concurrence du tiers du PMSS
Allocation de naissance (1)	-	191,63€ par enfant (287,52€ à partir du 3ème)	191,63€ par enfant (287,52€ à partir du 3ème)
Dépassements d'honoraires en Psychiatrie	-	forfait/an/bénéficiaire à concurrence du tiers du PMSS	forfait/an/bénéficiaire à concurrence du tiers du PMSS
<b>FRAIS MÉDICAUX (2)</b>			
Consultation d'un médecin, radiographie	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux, analyses	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Fournitures médicales, petit appareillage et pansements	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Dépassement d'honoraires	-	220 % BR 5 fois par an / bénéficiaire	220 % BR 5 fois par an / bénéficiaire
<b>PHARMACIE REMBOURSABLE (2)</b>			
	15 à 65 % BR	35 % à 85 % BR	100 % BR
<b>OPTIQUE</b>			
Soins et honoraires	70 % BR	390 % BR	460 % BR
Verres et lentilles adultes	60 % BR 60 % BR 60 % BR 60 % BR	si BR = 2,29€ : crédit de 80€ (3) si BR = 3,66€ : crédit de 88€ (3) si BR = 7,32€ : crédit de 112€ (3) autres BR : forfait de 128€ (3)	60 % BR + crédit de 80€ (3) si BR = 2,29€ 60 % BR + crédit de 88€ (3) si BR = 3,66€ 60 % BR + crédit de 112€ (3) si BR = 7,32€ 60 % BR + crédit de 128€ (3) (autres BR)
Verres et lentilles enfant	60 % BR 60 % BR	si BR = 12,04€ : crédit de 80€ (3) si BR = 14,94€ : crédit de 88€ (3)	60 % BR + crédit de 80€ (3) si BR = 12,04€ 60 % BR + crédit de 88€ (3) si BR = 14,94€
Monture adulte	60 % BR	3,50 % du PMSS	60 % BR + 3,50 % du PMSS
Monture enfant	60 % BR	395 % BR	455 % BR
Lentilles Prise en charge refusée	-	crédit de 175 €/an / bénéficiaire	crédit de 175 €/ an / par bénéficiaire
<b>DENTAIRE (2)</b>			
Soins et honoraires Conventionné	70 % BR	100 % BR	170 % BR
Non conventionné	70 % BR	100 % BR	170 % BR
Prothèses dentaires (sauf inlays core)			
Prise en charge acceptée	70 % BR	200% BR	270 % BR
Prise en charge refusée	-	forfait de 215 €/an / bénéficiaire	forfait de 215 €/ an / bénéficiaire
inlays core	70 % BR	180 % BR	250 % BR
Orthodontie			
Prise en charge acceptée	100 % BR	230 %	330 % BR
Prise en charge refusée	-	forfait de 200 €/an / bénéficiaire	forfait de 200 €/an / bénéficiaire
<b>AUTRES</b>			
Prothèse auditive acceptée	60 % BR	395 % BR	455 % BR
Transport	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Forfait Actes lourds	-	100 % du forfait	100 % du forfait

PMSS = Plafond mensuel de sécurité sociale, Il est de 3031€ pour 2012 ; un tiers du PMSS 2012 = 1010,33€ ; 3,50% du PMSS 2012 = 106,08€ ; adresse du site internet : [www.securite-sociale.fr/chiffres/baremes/plafond.htm](http://www.securite-sociale.fr/chiffres/baremes/plafond.htm) ; BR = Base de remboursement du régime de base.

(1) Y compris pour l'adoption, versée après demande auprès de la MSA sur justificatif ; (2) Y compris actes de prévention, selon les conditions prévues dans l'arrêté du 8 juin 2006 fixant la liste des prestations de prévention ; (3) par verre ou par lentille.

## ANNEXE 5 • TABLEAU DES GARANTIES (RÉGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE)

Les pourcentages sont exprimés sur la base des montants pris en référence pour le calcul des remboursements du régime de sécurité sociale.

	Remboursements Régime Obligatoire	Remboursements Régime Complémentaire	Remboursements TOTAUX
<b>HOSPITALISATION</b>			
Frais de soins et de séjour	100% BR	-	100% BR
Forfait hospitalier	100% BR	-	100 % du forfait dès le premier jour
Dépassement d'honoraires (hors maternité et psychiatrie)	100% BR	remboursement supplémentaire de 120 % BR	remboursement supplémentaire de 220 % BR
Chambre particulière	-	25 € par jour	25 € par jour
Frais accompagnant	-	25 € par jour	25 € par jour
Maternité	100 % BR	remboursement complémentaire des frais de soins et de séjour à concurrence du tiers du PMSS	100 % BR + remboursement complémentaire des frais de soins et de séjour à concurrence du tiers du PMSS
Allocation de naissance (1)	-	191,63€ par enfant (287,52€ à partir du 3ème)	191,63€ par enfant (287,52€ à partir du 3ème)
Dépassements d'honoraires en Psychiatrie	-	forfait / an / bénéficiaire à concurrence du tiers du PMSS	forfait / an / bénéficiaire à concurrence du tiers du PMSS
<b>FRAIS MÉDICAUX (2)</b>			
Consultation d'un médecin, radiographie	90 % BR	10 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux, analyses	90 % BR	10 % BR	100 % BR
Fournitures médicales, petit appareillage et pansements	90 % BR	10 % BR	100 % BR
Dépassement d'honoraires	-	220 % BR 5 fois par an / bénéficiaire	220 % BR 5 fois par an / bénéficiaire
<b>PHARMACIE REMBOURSABLE (2)</b>	80 à 100 % BR	0 à 20 % BR	100 % BR
<b>OPTIQUE</b>			
Soins et honoraires	90 % BR	370 % BR	460 % BR
Verres et lentilles adultes	90 % BR 90 % BR 90 % BR 90 % BR	si BR = 2,29€ : crédit de 80€ (3) si BR = 3,66€ : crédit de 88€ (3) si BR = 7,32€ : crédit de 112€ (3) autres BR : forfait de 128€ (3)	90 % BR + crédit de 80€ (3) si BR = 2,29€ 90 % BR + crédit de 88€ (3) si BR = 3,66€ 90 % BR + crédit de 112€ (3) si BR = 7,32€ 90 % BR + crédit de 128€ (3) (autres BR)
Verres et lentilles enfant	90 % BR 90 % BR	si BR = 12,04€ : crédit de 80€ (3) si BR = 14,94€ : crédit de 88€ (3)	90 % BR + crédit de 80€ (3) si BR = 12,04€ 90 % BR + crédit de 88€ (3) si BR = 14,94€
Monture adulte Monture enfant	90 % BR 90 % BR	3,50 % du PMSS 365 % BR	90 % BR + 3,50 % du PMSS 455 % BR
<b>Lentilles</b> Prise en charge refusée	-	crédit de 175 €/an / bénéficiaire	crédit de 175 €/ an / par bénéficiaire
<b>DENTAIRE (2)</b>			
<b>Soins et honoraires</b> Conventionné Non conventionné	90 % BR 90 % BR	80 % BR 80 % BR	170 % BR 170 % BR
<b>Prothèses dentaires (sauf inlays core)</b> Prise en charge acceptée Prise en charge refusée	90 % BR -	180% BR forfait de 215 € / an / bénéficiaire	270 % BR forfait de 215 € / an / bénéficiaire
inlays core	90 % BR	160 % BR	250 % BR
<b>Orthodontie</b> Prise en charge acceptée Prise en charge refusée	100 % BR -	230 % forfait de 200 € / an / bénéficiaire	330 % BR forfait de 200 € / an / bénéficiaire
<b>AUTRES</b>			
Prothèse auditive acceptée	90 % BR	365 % BR	455 % BR
Transport	100 % BR	-	100 % BR
Forfait Actes lourds	-	100 % du forfait	100 % du forfait

PMSS = Plafond mensuel de sécurité sociale, il est de 3031€ pour 2012 ; un tiers du PMSS 2012 = 1010,33€ ; 3,50% du PMSS 2012 = 106,08€ ; adresse du site internet : [www.securite-sociale.fr/chiffres/baremes/plafond.htm](http://www.securite-sociale.fr/chiffres/baremes/plafond.htm) ; BR = Base de remboursement du régime de base.

(1) Y compris pour l'adoption, versée après demande auprès de la MSA sur justificatif ; (2) Y compris actes de prévention, selon les conditions prévues dans l'arrêté du 8 juin 2006 fixant la liste des prestations de prévention ; (3) par verre ou par lentille.



**AGRI PRÉVOYANCE**  
**Groupe AGRICA**

21, rue de la Bienfaisance  
75382 Paris cedex 08  
Tél. : 01 71 21 00 00  
Fax : 01 71 21 00 01

**[www.groupagric.com](http://www.groupagric.com)**

AGRI PRÉVOYANCE - institution de prévoyance régie par le Code Rural  
Membre du GIE AGRICA GESTION - RCS Paris 493 373 682