



SANTÉ

NOTICE D'INFORMATION

Pour les salariés non cadres des exploitations et entreprises agricoles relevant de l'accord départemental de Seine-Maritime du 22 septembre 2009

A effet du 1^{er} janvier 2010



AGRI PREVOYANCE



Sommaire

PREAMBULE	4
TITRE 1 - PRESENTATION DE L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE ET DU CONTRAT LA METTANT EN OEUVRE	5
ARTICLE 1-1 : OBJET.....	5
ARTICLE 1-2 : DUREE.....	5
ARTICLE 1-3 : LE CONTRAT.....	5
ARTICLE 1-4 : AFFILIATION ET PRISE D'EFFET.....	6
ARTICLE 1-5 : COTISATIONS.....	7
ARTICLE 1-6 : RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE.....	7
ARTICLE 1-7 : PRESCRIPTION	7
ARTICLE 1-8 : INFORMATIQUE ET LIBERTES.....	7
TITRE 2 – GARANTIE	8
ARTICLE 2-1 : BENEFICIAIRES.....	8
ARTICLE 2-2 : ENTREE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE	8
ARTICLE 2-3 : MONTANT DE LA GARANTIE.....	8
ARTICLE 2-4 : LIMITES ET EXCLUSIONS DE LA GARANTIE.....	9
ARTICLE 2-5 : ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE	10
ARTICLE 2-6 : REGLEMENT DES PRESTATIONS ET CONTROLE.....	10
ARTICLE 2-7 : CESSATION DE LA GARANTIE	11
ARTICLE 2-8 : MAINTIEN DE L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	12
ARTICLE 2-9 : MAINTIEN DE L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL	12
ARTICLE 2-10 : MODALITES D'AFFILIATION ET DE MODIFICATION DE SITUATION.....	12
TITRE 3 - SERVICES DE TIERS PAYANT	14
TITRE 4 - ACTION SOCIALE	15
ANNEXE 1 - DEFINITIONS	16
ANNEXE 2 - VOS CONTACTS.....	18
ANNEXE 3 - TABLEAU DES GARANTIES	19

PREAMBULE

Par **accord départemental du 22 septembre 2009**, les partenaires sociaux de polyculture élevage de Seine Maritime et les Horticulteurs de Haute Normandie ont mis en place **une assurance complémentaire frais de santé pour les salariés non cadres** des exploitations et des entreprises agricoles des branches définies à l'article 2-1 des Conditions Générales (document remis aux employeurs), **ainsi que pour leurs ayants droit** définis à l'article 2-1 de la présente notice.

Ce nouveau régime qui entre en vigueur **au 1^{er} janvier 2010**, est mis en œuvre par AGRI PREVOYANCE, située, 21 rue de la Bienfaisance 75 382 PARIS Cedex 08, par un contrat collectif « assurance complémentaire frais de santé » :

- **à adhésion obligatoire** pour l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord départemental du 22 septembre 2009 ;
- **à affiliation obligatoire** pour l'ensemble des salariés non cadres de ces entreprises, **justifiant d'au moins six mois d'ancienneté au titre du contrat de travail en cours**.

Les remboursements et prestations prévus au titre de ce contrat correspondent à ceux prévus par l'accord départemental du 22 septembre 2009.

La présente notice a pour objet de vous présenter les garanties « frais de santé » prévues par l'accord départemental du 22 septembre 2009.

Elle se compose de quatre titres et de trois annexes :

- le Titre 1 vous présente le contrat ;
- le Titre 2 vous expose la garantie frais de santé ;
- le Titre 3 vous présente les services de tiers payant ;
- le Titre 4 vous présente l'action sociale ;
- Les annexes vous indiquent :
 - o les définitions ;
 - o vos contacts ;
 - o vos remboursements santé dans un tableau des garanties.

TITRE 1 - PRESENTATION DE L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE ET DU CONTRAT LA METTANT EN OEUVRE

Article 1-1 : Objet

L'assurance complémentaire frais de santé mise en place par les partenaires sociaux des exploitations et entreprises agricoles de Seine-Maritime et des horticulteurs de Haute Normandie vous garantit, dans les conditions exposées ci-après, **le remboursement total ou partiel des dépenses de santé** engagées pour votre compte en complétant acte par acte les prestations versées par le régime de base, **dans la limite des frais réellement engagés.**

Cette assurance complémentaire frais de santé est mise en œuvre par AGRI PREVOYANCE dans le cadre d'un contrat collectif auquel votre employeur adhère.

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 : Durée

Le contrat collectif correspondant à cette assurance complémentaire frais de 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 PREVOYANCE.

En conséquence, ce contrat ne peut être remis en cause qu'à la suite d'une décision des partenaires sociaux signataires de l'accord départemental de Seine-Maritime du 22 septembre 2009.

Article 1-3 : Le contrat

La garantie définie par l'accord départemental de Seine-Maritime du 22 septembre 2009 **est obligatoire** pour l'ensemble des salariés non cadres justifiant d'au moins six mois d'ancienneté dans l'entreprise ainsi que pour leurs conjoints et leurs enfants à charge, tels que définis à l'article 2-1.

Elle concerne également :

- les salariés dont le contrat de travail est suspendu, dans les conditions prévues à l'article 2-8 ci-après ;
- les salariés qui reprennent une activité dans le cadre d'un cumul emploi/retraite.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié atteint cette ancienneté.

Cas particulier :

Les salariés ayants acquis préalablement le bénéfice de l'accord de Seine-Maritime du 22 septembre 2009 à titre collectif, dont le contrat de travail a pris fin et embauchés dans les trois mois civils suivant la fin du contrat de travail auprès d'une entreprise ou exploitation relevant de l'accord précité, peuvent transférer leur droit acquis à l'assurance complémentaire frais de santé.

Article 1-4 : Affiliation et prise d'effet

1- Principe :

Vous devez être obligatoirement affilié au contrat collectif correspondant à l'assurance complémentaire frais de santé mise en place par les partenaires sociaux de l'accord départemental du 22 septembre 2009, **dès lors que vous êtes présent dans l'entreprise depuis au moins six mois au titre du contrat de travail en cours.**

Votre affiliation à ce contrat collectif prend effet :

- le 1^{er} janvier 2010, si vous êtes, à cette même date, salarié non cadre justifiant de six mois d'ancienneté au titre de votre contrat de travail en cours ou à la date de prise d'effet de l'adhésion de votre entreprise au contrat ;
- à défaut, dès le premier jour du mois civil au cours duquel vous atteignez cette condition d'ancienneté.

Le contrat ne prévoit aucun délai de carence : **vous êtes donc couvert par ledit contrat dès le premier jour de prise d'effet de votre affiliation.**

2- Dérogation : cas de dispense d'affiliation

Par dérogation, vous pouvez choisir de ne pas être affilié au contrat dès lors que vous vous trouvez dans l'une des situations suivantes :

- si vous êtes couvert au 1^{er} janvier 2010 par une assurance complémentaire frais de santé d'un niveau de prestations au moins équivalent, en qualité d'ayant droit de votre conjoint, concubin ou partenaire d'un pacte civil de solidarité, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui ;
- si vous bénéficiez de la CMU-Complémentaire ;
- si vous bénéficiez de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du Code de la Sécurité Sociale, et ce, temporairement jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- si vous bénéficiez d'une couverture obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément hors champ d'application de l'accord ;
- si votre conjoint salarié travaille dans votre entreprise, l'un des membres du couple peut être assuré en qualité d'ayant droit ;
- si vous êtes salarié à temps partiel avec une durée de travail inférieure à un mi-temps et n'ayant qu'un seul employeur, ou apprenti, dès lors que la cotisation à votre charge est égale ou supérieure à 10 % de votre rémunération.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur **demande écrite de votre part, adressée à votre employeur** :

- **avant le 31 mars 2010, si votre affiliation intervient au 1^{er} janvier 2010 ;**
- **à défaut, avant la fin du mois qui suit celui de l'acquisition de l'ancienneté.**

Votre demande doit être accompagnée des justificatifs attestant de votre situation.

Vous devrez produire chaque année ces justificatifs et à défaut de remise, vous serez affilié à la garantie et la cotisation sera due.

Si vous ne remplissez plus les conditions requises à la dispense d'affiliation, vous devez en informer votre employeur. Vous serez alors obligatoirement affilié à ce contrat à compter du premier jour du mois civil suivant.

Dans les cas de dispense d'affiliation, les cotisations ne sont dues ni par vous ni par votre employeur.

Article 1-5 : Cotisations

Excepté en cas de souscription d'un contrat individuel dans les conditions prévues à l'article 2-9 :

- le financement du régime est assuré conjointement par vous-même et votre employeur ;
- votre part de cotisation est directement précomptée sur votre fiche de paie, par votre employeur ;
- votre employeur a la responsabilité du versement total des cotisations ;
- les cotisations relatives aux garanties sont dues dès le premier jour de votre affiliation.

Votre part de cotisation assurance complémentaire frais de santé obligatoire est de :

1,4144 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale.

La cotisation relative à la garantie santé est due à compter du premier jour du mois de l'entrée en vigueur de la garantie, telle que précisé à l'article 2-2 de la présente notice.

Si vous êtes salarié travaillant à temps partiel sur plusieurs entreprises relevant de l'accord départemental de Seine-Maritime du 22 septembre 2009, la cotisation santé vous sera appelée auprès d'un seul employeur, déterminé selon les critères suivants :

- chez l'employeur auprès duquel vous avez acquis en premier l'ancienneté de six mois ;
- à défaut, selon accord écrit entre vous et vos employeurs.

Article 1-6 : Recours contre tiers responsable

Le recours contre tiers responsable est la procédure engagée à l'encontre d'un « tiers responsable » d'un accident (accident de la circulation, accident domestique, agression....) en vue du remboursement de tous les frais exposés suite à l'accident.

Article 1-7 : Prescription

Toutes actions relatives à vos garanties santé sont prescrites par 2 ans à compter de l'évènement, dans les conditions de l'article L. 932-13 du Code de Sécurité Sociale.

Article 1-8 : Informatique et libertés

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 PREVOYANCE ou de ses mandataires et organismes professionnels intervenant au contrat.

TITRE 2 – GARANTIE

Article 2-1 : Bénéficiaires

L'assurance complémentaire frais de santé mise en place par les partenaires sociaux de l'accord départemental de Seine-Maritime du 22 septembre 2009, s'applique à :

1. Vous-même en tant que salarié, sous réserve que vous ayez acquis **six mois** d'ancienneté dans une entreprise visée par cet accord départemental, au titre du contrat de travail en cours.

2. Vos ayants droit, à savoir :

- **Votre conjoint**, non séparé de corps, résidant en France;

Sont assimilés au conjoint :

- **Le cocontractant d'un PACS**, résidant en France ;
- **Le concubin**, c'est-à-dire la personne avec laquelle vous vivez en concubinage, dans la mesure où vous et votre concubin partagez le même domicile et êtes 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). Un concubinage est une 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 (article 515-8 du Code Civil).

- **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^{ème} 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 18 ans ;
- tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils sont étudiants, apprentis ou demandeurs d'emploi inscrits à PÔLE EMPLOI et non indemnisés ;
- tous les enfants invalides au sens de la législation sociale si l'état d'invalidité a été constaté avant leur 21^{ème} anniversaire.

Article 2-2 : Entrée en vigueur de la garantie

La garantie entre en vigueur immédiatement, dès la prise d'effet de votre affiliation et le cas échéant celle de vos ayants droit, conformément aux dispositions de l'article 1-4 ci avant.

Article 2-3 : Montant de la garantie

Les montants des remboursements garantis par le contrat **correspondent à ceux prévus par l'accord départemental du 22 septembre 2009**.

Ces remboursements s'effectuent, poste par poste, acte par acte 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.

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 du régime social de base.

Article 2-4 : Limites et exclusions de la garantie

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 de la garantie ;
- après la cessation de la garantie.

1 - Limites liées au caractère « responsable » de votre régime :

Votre régime complémentaire de 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.

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.

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

2 - Limites liées aux actes ou aux frais :

Le contrat ne prend pas en charge :

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

3 - Précisions en cas d'assurances cumulatives :

Les remboursements du régime de base, d'AGRI PREVOYANCE 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, vous pouvez obtenir le remboursement de vos frais en vous adressant à l'organisme de votre choix.

Vous devez procéder auprès d'AGRI PREVOYANCE à la déclaration de vos assurances cumulatives. Cette obligation est valable pendant toute la durée de votre affiliation.

Article 2-5 : Etendue territoriale de la garantie

La garantie s'exerce 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.

Article 2-6 : Règlement des prestations et contrôle

2-6-1 - Règlement des prestations

Vos prestations sont réglées **directement par votre caisse de Mutualité Sociale Agricole**, seul interlocuteur pour le remboursement de la part obligatoire et de la part complémentaire de vos 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 supprime toute demande de l'assuré pour le paiement des prestations de base comme des prestations complémentaires AGRI PREVOYANCE.

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

Pour les frais de prothèses dentaires et d'optique vous devez adresser une facture détaillée à votre caisse MSA.

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

1- pour vous-même, votre conjoint, concubin et vos 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 PREVOYANCE.

2- pour votre conjoint/concubin et vos enfants à charge affiliés à la MSA (et qui possèdent leur propre carte d'assuré social)

1. Notez en plus sur la feuille de soins votre numéro de Sécurité Sociale ;
2. Envoyez leur feuille de soins à votre caisse de Mutualité Sociale Agricole.

3- pour votre conjoint/concubin et vos 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 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.

Le remboursement complémentaire vous sera alors versé.

2-6-2 - Contrôle

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

Si intentionnellement, vous fournissez de faux renseignements ou usez de documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement, vous perdez tout droit aux garanties pour la demande de règlement en cause.

En cas de récupération de prestations de la part de la Mutualité Sociale Agricole, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, AGRI PREVOYANCE se réserve le droit de récupérer toutes prestations qui vous auront été indûment réglées.

Article 2-7 : Cessation de la garantie

2-7-1 - Pour vous-même

Votre garantie cesse de plein droit :

- le dernier jour du mois au cours duquel vous cessez d'appartenir aux bénéficiaires visés à l'article 2-1 de la présente notice d'information ;
- le dernier jour du mois au cours duquel intervient la rupture de votre contrat de travail, si vous quittez votre entreprise avant l'âge d'admission à la retraite quel qu'en soit le motif. A cette date, si vous êtes licencié ou invalide, vous pourrez, sur 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 2-9 de la présente notice d'information ;
- le dernier jour du mois au cours duquel intervient votre cessation totale d'activité liée à la liquidation de votre pension vieillesse de la Mutualité Sociale Agricole. A cette date, sur demande, vous pourrez contracter un contrat proposé à titre individuel, dans les conditions définies à l'article 2-9 de la présente notice d'information ;
- le dernier jour du mois au cours duquel vous cessez de percevoir une rémunération, sous réserve des dispositions spécifiques prévues à l'article 2-8 ci-après.

2-7-2 - Pour vos ayants droit

Les garanties cessent à l'égard de vos ayants droit dans les conditions suivantes :

- dès que vous cessez d'être au service de votre entreprise, pour quelle que cause que ce soit,
- dès qu'ils perdent la qualité d'ayant droit, tel que défini à l'article 2-1 de la présente notice d'information.

Dans tous ces cas, **pensez à prévenir votre entreprise ainsi que votre caisse de MSA, et retournez-lui la carte papier de votre assurance complémentaire frais de santé.**

Article 2-8 : Maintien de l'assurance complémentaire en cas de suspension du contrat de travail

- En cas de suspension de votre contrat de travail, donnant lieu à complément de salaire, l'assurance complémentaire frais de santé est maintenue moyennant le versement respectif des cotisations salariales et patronales correspondantes aux conditions tarifaires initialement prévues.
- En cas d'arrêt de travail donnant lieu à complément de salaire, le bénéfice de l'assurance complémentaire est maintenu, sans versement des cotisations salariales et patronales.
- Dans les cas de suspension de votre contrat de travail ne donnant pas lieu à complément de salaire, l'assurance complémentaire frais de santé peut être maintenue, sous réserve que vous en fassiez la demande à AGRI PREVOYANCE et que vous régliez la totalité de la cotisation correspondante, part employeur et part salarié.

Article 2-9 : Maintien de l'assurance complémentaire sous forme de contrat individuel

Votre assurance complémentaire frais de santé peut vous être maintenue, sans période probatoire ni contrôle médical, sous forme de contrat individuel à la cessation de vos garanties tel que prévu à l'article 2-7.

Vous devez faire votre demande de maintien de garantie à AGRI PREVOYANCE, et régler dans ce cas la totalité de la cotisation correspondante, part employeur et part salarié.

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 privé d'emploi, d'un revenu de remplacement :

Vous devez alors demander le maintien à titre individuel de votre assurance complémentaire, **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 santé pendant une durée maximale de six 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 ».

Article 2-10 : Modalités d'affiliation et de modification de situation

Votre employeur vous remet la présente notice d'information et un bulletin d'affiliation, soit à la mise en place de l'assurance complémentaire frais de santé, soit à votre entrée dans l'entreprise.

Votre affiliation à l'assurance complémentaire frais de santé et celle de vos ayants droit, est effectuée par les services de la Mutualité Sociale Agricole dès que vous remplissez les conditions d'affiliation.

Pour vos ayants droit, les pièces à fournir sont les suivantes :

- une copie du livret de famille ;
- le certificat de scolarité ou d'apprentissage des enfants à charge ;
- la carte d'invalidité le cas échéant ;
- l'attestation de droits correspondant à la carte Vitale, pour votre conjoint dans un autre régime de base.

En cas d'évolution ou de modification, par exemple en raison de votre mariage, de la naissance d'un enfant, vous devez compléter un nouveau bulletin en joignant les justificatifs.

TITRE 3 - SERVICES DE TIERS PAYANT

Les services de tiers payant suivants sont mis à votre disposition :

❶ PHARMACIE

- Un service de TIERS PAYANT PHARMACIE a pour objet de vous permettre de bénéficier de la dispense d'avance des frais pharmaceutiques pris en charge par la Mutualité Sociale Agricole et garantis au titre du contrat. 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 obligatoire et complémentaire par votre caisse de la Mutualité Sociale Agricole.

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.

Votre caisse de Mutualité Sociale Agricole porte les droits complémentaires sur votre carte Vitale, ce qui vous dispense dans la plupart des cas de présenter la carte complémentaire (sous forme papier) délivrée par votre caisse.

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 départemental de Seine-Maritime du 22 septembre 2009 ou suite au changement d'organisme assureur ;
- en cas d'utilisations abusives répétées du système ;
- si vous ne remplissez plus les conditions d'ouverture des droits requis au titre de la Mutualité Sociale Agricole obligatoire dont vous relevez ;
- et en tout état de cause en cas de départ de l'entreprise.

La caisse de MSA se réserve le droit de réclamer, à vous-même ou au pharmacien, tout indu relatif au système de tiers payant.

❷ AUTRES PROFESSIONS DE SANTÉ

Dans les départements où des accords ont été conclus entre AGRI PREVOYANCE, les caisses de la Mutualité Sociale Agricole 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, ...).

❸ ACCORD DE PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

- Objet

En cas d'hospitalisation, votre caisse de Mutualité Sociale Agricole vous délivrera, pour certains établissements, une prise en charge hospitalière.

Dans ce cas, le complément de frais restant à votre charge au-delà des prestations normalement servies par la Mutualité Sociale Agricole, à l'exclusion de tout dépassement d'honoraires et des frais accessoires (suppléments éventuels pour boissons, télévision, téléphone, etc.) est réglé directement à l'établissement, à hauteur des garanties souscrites.

- 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 caisses de Mutualité Sociale Agricole, tant pour les frais de séjour que pour les honoraires.

- Formalités administratives

Sur présentation de votre justificatif d'identification, l'établissement hospitalier sollicite la prise en charge.

Lorsque les conditions requises sont remplies, la caisse de Mutualité Sociale Agricole transmet un « bon de prise en charge » à l'établissement hospitalier.

De ce fait, aucune avance de fonds ne vous est demandée dès lors que votre complémentaire frais de santé prend en charge les frais ayant fait l'objet de la demande de dispense d'avance de frais.

TITRE 4 - ACTION SOCIALE

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

Confrontés 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 **01 71 21 88 20** ou **www.groupagricar.com**

ANNEXE 1 - DEFINITIONS

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 barèmes utilisés par la Mutualité Sociale Agricole pour calculer les remboursements des dépenses de santé (tarif opposable, tarif d'autorité,...).

Lorsque vous vous adressez 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.

Changement de situation familiale

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

- concubinage ;
- PACS ;
- mariage ;
- rupture des relations de concubinage ;
- dissolution du PACS ;
- séparation de corps ;
- divorce ;
- 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'événement à prendre en compte est celle du prononcé du jugement.

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

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 du participant.

Crédit

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

Frais de santé

Frais médicaux, dentaires, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation que vous avez engagés.

Hospitalisation

Séjour dans un établissement hospitalier (public ou privé) consécutif à un accident, à une maladie ou à une maternité 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 que vous avez choisi dont le nom est communiqué à la caisse de MSA dont vous relevez. 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.

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, si vous ne respectez pas le parcours de soins coordonnés, la majoration du ticket modérateur qui en découle est laissée à votre charge.

Ticket modérateur

Le ticket modérateur est la part financière qui reste à votre charge après le remboursement de l'Assurance Maladie. Son taux peut varier en fonction des actes et médicaments, de votre santé, ou du respect ou non du parcours de soins coordonnés.

Votre complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie du montant du ticket modérateur.

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 sont à votre charge et ne sont pas prises en considération dans le calcul du ticket modérateur.

UNCAM

Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie.

ANNEXE 2 - VOS CONTACTS

Pour tous renseignements ou questions relatives à **votre garantie** :

- **sa mise en place,**
- **son maintien à la suite de la suspension ou de la rupture du contrat de travail.**

**Contacter AGRICA au
0 821 200 360**

(56 secondes à 0,112 € puis 0,09 €/min)

De novembre 2009 à juin 2010

De 9 heures à 17 heures du lundi au vendredi

Pour tous renseignements ou questions relatives **aux prestations Santé** :

MSA de Seine-Maritime

Cité de l'Agriculture
76236 BOIS GUILLAUME Cedex
Tél : 02 35 12 70 70
Fax : 02 35 61 59 55

[http ://www.msa-haute-normandie.fr](http://www.msa-haute-normandie.fr)

MSA de l'Eure

32 rue Politzer
27036 EVREUX Cedex
Tél : 02 32 23 43 43
Fax : 02 32 28 00 98

[http ://www.msa-haute-normandie.fr](http://www.msa-haute-normandie.fr)

ANNEXE 3 - TABLEAU DES GARANTIES

GARANTIES	REGIME FRAIS DE SANTE		
	Remboursements Régime de base ⁽¹⁾	Remboursements complémentaires ⁽¹⁾	Remboursements totaux (y compris Régime de Base) ⁽¹⁾
SOINS COURANTS			
Consultations, visites, médecins généralistes ou spécialistes	70% BR	80% BR	150% BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	60% BR	40% BR	100% BR
Sages femmes	70% BR	30% BR	100% BR
Analyses, examens de laboratoire	60% BR	40% BR	100% BR
Radiographie, électro radiologie	70% BR	30% BR	100% BR
Actes de prévention responsables	35% à 70% BR	65% à 30% BR	100% BR
PHARMACIE			
Pharmacie remboursée par le régime de base	15% à 100% BR	85% à 0% BR	100% BR
OPTIQUE			
Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée	65% BR	390% BR + crédit de 250€/ an /bénéficiaire	455% BR + crédit de 250€/ an / bénéficiaire
Lentilles non prises en charge	-	200€ /an/bénéficiaire	200€ /an/bénéficiaire
DENTAIRE			
Soins	70% BR	30% BR	100% BR
Prothèses dentaires acceptées	70% BR	140% BR + crédit de 300€/an/bénéficiaire	210% BR + crédit de 300€/an/bénéficiaire
Orthodontie acceptée	100% BR	150% BR	250% BR
APPAREILLAGE			
Prothèses auditives acceptées	65% BR	390% BR + 175 € /an/bénéficiaire/oreille	455% BR+ 175 € /an/ bénéficiaire/oreille
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, autres prothèses	65% BR - 100% BR	35% - 0% BR	100%BR
HOSPITALISATION (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et séjour	80% - 100% BR	20% - 0% BR	100% BR
Dépassements d'honoraires	-	150% BR	150% BR
Forfait hospitalier	-	100% FR dès le premier jour	100% FR dès le premier jour
Chambre particulière	-	30€/jour	30€/jour
Frais de lit d'accompagnant enfant de moins de 12 ans	-	25€/jour	25€/jour
MATERNITE (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et séjour	100% BR	-	100% BR
Dépassement d'honoraires et chambre particulière	-	Crédit 1/3 du PMSS/bénéficiaire /maternité	Crédit 1/3 du PMSS/bénéficiaire /maternité

(1) en pourcentage de la BR ;

BR : base de remboursement ; **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité Sociale.

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.

AGRI PRÉVOYANCE-Institution de prévoyance régie par le Code rural.
21 rue de la Bienfaisance – 75382 Paris cedex 08
Tél. 01 71 21 00 00 – fax : 01 71 21 00 01

Membre du GIE Agrica GESTION - RCS Paris 493 373 682
www.groupagricar.com