

Assurance complémentaire santé référéncée pour les agents retraités du Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire, de la forêt et de ses opérateurs*



Document d'information d'un produit d'assurance

Compagnie : GROUPAMA – Entreprise d'assurance française

Produit : Offre santé du Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire, de la forêt et de ses opérateurs*

**l'Institut français du Cheval et de l'Equitation (IFCE), l'Office National des Forêts (ONF), France Agrimer (FAM), l'institut national de l'origine et de la qualité (INAO), l'office de développement de l'économie agricole d'outre-mer (ODEADOM), l'institut national de recherches en sciences et technologies pour l'environnement et l'agriculture (IRSTEA) et l'agence de service de paiement (ASP).*

Ce document présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez une information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Ce produit d'Assurance Complémentaire Santé est dédié aux agents retraités et à leur conjoint. Le contrat est individuel et facultatif. Ce produit est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables sauf la formule sur complémentaire non responsable.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, chambre particulière, frais d'accompagnant.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé ou modéré (remboursés à 65% et à 30% par la Sécurité sociale).
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact.
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie.
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses et orthèses.

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- Médicaments à SMR faible (remboursés à 15% par la Sécurité sociale).
- Médecine douce.
- Actes de prévention non pris en charge par la Sécurité sociale (exemples : consultation diététique, sevrage tabagique, contraception...).
- Chirurgie réfractive et lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale.
- Implants dentaires.
- Parodontologie et endodontie.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ;
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ;
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour ;
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport ;
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins ;
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ;
- ! Lunettes : prise en charge limitée à un équipement par

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseaux de professionnels de santé Itélis.
- ✓ Tiers payant.
- ✓ Espace client et application mobile santé.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide-ménagère et garde à domicile en cas d'hospitalisation/immobilisation.
- ✓ Prise en charge des frais de rapprochement familial, de livraison et des animaux.
- ✓ Soutien scolaire.
- ✓ Assistance en déplacement.

période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue ;

- ! Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).

Principale restriction :

- ! Dentaire : un plafond de remboursement uniquement sur les prothèses et uniquement les 2 premières années.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

A la souscription du contrat

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par l'assureur.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.
- Informer l'assureur des évènements suivants, dans les quinze jours, à partir du moment où vous en avez connaissance :
 - Changements de situation : changement d'adresse, changement dans la composition de la famille assurée, changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie.
 - Changement de profession : dans ce cas, l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer le paiement ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat, auprès de l'assureur ou de son représentant dans les dix jours à compter de l'échéance.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).

Les paiements peuvent être effectués par carte bancaire, chèque, ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée sur le certificat d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat, en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- en cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification,
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur.