



AG2R LA MONDIALE

Santé



Notice d'information

Convention collective nationale
du Commerce de Gros
[J.O. n° 3044 – IDCC 573]

Ensemble du personnel
Garanties au 1^{er} janvier 2020

Sommaire

Présentation	4
Votre régime frais de santé obligatoire	5
Vos garanties	5
Objet des garanties	23
Actes et frais garantis	23
Bénéficiaires des garanties	23
Début des garanties	24
Changement d'option	24
Cessation des garanties	24
Cotisations	24
Votre régime frais de santé facultatif	25
Actes et frais garantis	25
Bénéficiaires des garanties	25
Début des garanties	25
Changement d'option	25
Cessation des garanties	25
Cotisations	25
Faculté de dénonciation	26
Dispositions générales	27
Maintien des garanties	27
Définition des garanties – Risques exclus	30
Contrat solidaire et responsable : exclusions	34
Plafond des remboursements	34
Recours contre les tiers responsables	34
Prescription	34
Réclamations - médiation	35
Litiges judiciaires	35
Protection des données à caractère personnel	35
Autorité de contrôle	36
Modalités de gestion	37
Votre affiliation	37
Vos remboursements	37
Quelques informations utiles	40

Présentation

Votre entreprise a adhéré au contrat collectif frais de santé dédié aux entreprises et salariés de la branche du Commerce de Gros, assuré par l'un des organismes assureurs suivants :

- « Malakoff Humanis Prévoyance », Institution de Prévoyance régie par le livre IX du Code de la Sécurité sociale, siège : 21 rue Laffitte, 75009 PARIS – N° SIREN 775 691 181 ;
- « AG2R Prévoyance » - Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale – Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R – 14,16 boulevard Malesherbes 75008 PARIS – SIREN 333 232 270.

dénommés « l'organisme assureur » dans la présente notice, afin de garantir à titre obligatoire l'ensemble de son personnel.

Ce régime frais de santé comprend trois formules de garanties, l'une d'entre elles étant choisie par de votre entreprise lors de la souscription du contrat d'adhésion, pour application à l'ensemble du personnel.

Formule choisie par votre entreprise (case à cocher) :

- Régime 1 :
- Régime 2 :
- Régime 3 :

Seule la formule effectivement choisie par votre entreprise pour l'ensemble du personnel vous est applicable.

La notice d'information est réalisée pour vous aider à mieux comprendre le fonctionnement des garanties souscrites.

Les garanties sont établies sur la base de la législation en vigueur ; elles pourront être révisées en cas de changement des textes.

Votre régime frais de santé obligatoire

Vos garanties

Régime 1

Les prestations s'entendent **y compris** la part Sécurité sociale.

Les prestations exprimées sous forme de forfait ou de crédit s'entendent par bénéficiaire.

Les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné. Les niveaux d'indemnisation se font dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Abréviations :

BR = Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de remboursement.

CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux.

D.P.T.M. = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir :

– OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée.

– OPTAM CO = Option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.

FR = Frais réels engagés par le bénéficiaire.

HLF = Honoraires Limites de Facturation, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PLV = Prix Limites de Vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet :

<https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-reference/plafond-securite-sociale>).

RSS = Remboursement Sécurité sociale = Montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.

TM = Ticket Modérateur, partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS)

€ = Euro.

Hospitalisation

Postes	Niveaux d'indemnisation
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour	100 % de la BR
Forfait hospitalier ⁽¹⁾	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires	
– Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR
• Pour le secteur non conventionné	100 % de la BR
Chambre particulière ⁽²⁾	
– Pour le secteur conventionné (Par nuitée ou par journée en cas d'hospitalisation en ambulatoire)	30 € par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de – 16 ans (par nuitée) ⁽³⁾	
– Pour le secteur conventionné	30 € par jour

(1) Hors établissement médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(2) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(3) Sur présentation de justificatif.

Transport

Postes	Niveaux d'indemnisation
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % de la BR

Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation
--------	-------------------------

Honoraires médicaux

Remboursés par la Sécurité sociale	
– Généralistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
– Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
– Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR
– Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR

Honoraires paramédicaux

Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	100 % de la BR
---	----------------

Analyses et examens de laboratoire

Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR
--	----------------

Médicaments

Remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR
------------------------------------	----------------

Pharmacie (hors médicaments)

Remboursée par la Sécurité sociale	100 % de la BR
------------------------------------	----------------

Matériel médical

Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	100 % de la BR
---	----------------

Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale

Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR
---	----------------

Aides auditives

Postes

Niveaux d'indemnisation

JUSQU'AU 31/12/2020

Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale

Aides auditives	100 % de la BR
Piles, et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % de la BR

À COMPTER DU 01/01/2021

Équipements 100 % Santé ⁽²⁾

Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽³⁾	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV
--	--

Équipements libres ⁽⁴⁾

Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽³⁾	100 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽³⁾	100 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % de la BR

(1) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14/11/2018.

(2) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(3) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(4) Équipement de Classe II tels que définis réglementairement.

Dentaire

Postes

Niveaux d'indemnisation

Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾

Inlay core et autres appareillages prothétiques dentaires	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF
---	---

Prothèses

Panier maîtrisé ⁽²⁾	
– Inlay, onlay	125 % de la BR dans la limite des HLF
– Inlay core	125 % de la BR dans la limite des HLF
– Autres appareillages prothétiques dentaires	125 % de la BR dans la limite des HLF
Panier libre ⁽³⁾	
– Inlay simple, onlay	125 % de la BR
– Inlay core	125 % de la BR
– Autres appareillages prothétiques dentaires	125 % de la BR

Soins

Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % de la BR
--	----------------

Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale

Orthodontie	150 % de la BR (par semestre de traitement)
-------------	---

Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale

Orthodontie (bénéficiaire de moins de 25 ans)	50 % de la BR reconstituée (par semestre de traitement), limité à 4 semestres de traitement
---	---

(1) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier 100% Santé, tels que définis réglementairement.

(2) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(3) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

Optique

Postes	Niveaux d'indemnisation
--------	-------------------------

Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾

Monture de Classe A quel que soit l'âge ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Verres de Classe A quel que soit l'âge ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV

Équipements libres ⁽³⁾

Monture de Classe B quel que soit l'âge ⁽²⁾	50 €
Verres de Classe B quel que soit l'âge ⁽²⁾	Voir grille optique ci-après

Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou B

Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A ou B	100 % de la BR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % de la BR dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % de la BR

Autres dispositifs médicaux d'optique

Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	Crédit de 3 % du PMSS par an ⁽⁴⁾
---	---

(1) Équipements de Classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de Classe A, pris en charge dans le cadre du 100% santé, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(2) Conditions de renouvellement

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

– Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

– Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

– Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique. Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai.

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

– une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.

– une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(3) Équipements de Classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(4) À l'épuisement de ce crédit, les lentilles acceptées par la Sécurité sociale restent prises en charge à hauteur de 100 % de la BR.

Grille Optique

Les montants indiqués dans la grille optique s'entendent y compris la part Sécurité sociale.

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par verre	
			Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁾	50 €	50 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	75 €	75 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	50 €	50 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	50 €	50 €
		SPH > 0 et S > + 6	75 €	75 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	75 €	75 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	75 €	75 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	75 €	75 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	75 €	75 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	75 €	75 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	75 €	75 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	75 €	75 €
		SPH > 0 et S > + 8	75 €	75 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	75 €	75 €

(1) Le verre neutre est compris dans cette classe.

Autres frais

Postes

Niveaux d'indemnisation

Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale

Frais de traitement et honoraires

100 % de la BR

Régime 2

Les prestations s'entendent **y compris** la part Sécurité sociale.

Les prestations exprimées sous forme de forfait ou de crédit s'entendent par bénéficiaire.

Sauf mention contraire, les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné. Les niveaux d'indemnisation se font dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Abréviations :

BR = Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de remboursement.

CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux.

D.P.T.M. = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir :

– OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée.

– OPTAM CO = Option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.

FR = Frais réels engagés par le bénéficiaire.

HLF = Honoraires Limites de Facturation, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PLV = Prix Limites de Vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet :

<https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-referenc/plafond-securite-sociale>).

RSS = Remboursement Sécurité sociale = Montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.

TM = Ticket Modérateur, partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS)

€ = Euro.

Hospitalisation

Postes

Niveaux d'indemnisation

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité

Frais de séjour

– Pour le secteur conventionné

190 % de la BR

– Pour le secteur non conventionné

100 % de la BR

Forfait hospitalier ⁽¹⁾

100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur

Honoraires

– Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires

• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.

170 % de la BR

• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.

150 % de la BR

• Pour le secteur non conventionné

100 % de la BR

Chambre particulière ⁽²⁾

– Pour le secteur conventionné

50 € par jour

(Par nuitée ou par journée en cas d'hospitalisation en ambulatoire)

Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de – 16 ans (par nuitée) ⁽³⁾

– Pour le secteur conventionné

40 € par jour

(1) Hors établissement médico-socials (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(2) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(3) Sur présentation de justificatif.

Transport

Postes	Niveaux d'indemnisation
Transport remboursé par la Sécurité sociale	125 % de la BR

Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation
--------	-------------------------

Honoraires médicaux

Remboursés par la Sécurité sociale	
– Généralistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	140 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	120 % de la BR
– Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	140 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	120 % de la BR
– Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	160 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	140 % de la BR
– Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	160 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	140 % de la BR
Non remboursés par la Sécurité sociale	
– Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes ⁽¹⁾	15 € par séance dans la limite de 2 séances par an

Honoraires paramédicaux

Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	130 % de la BR
---	----------------

Analyses et examens de laboratoire

Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	130 % de la BR
--	----------------

Médicaments

Remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR
------------------------------------	----------------

Pharmacie (hors médicaments)

Remboursée par la Sécurité sociale	100 % de la BR
------------------------------------	----------------

Matériel médical

Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	150 % de la BR
---	----------------

Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale

Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR
---	----------------

(1) Sur présentation de la facture originale établie par le professionnel.

Aides auditives

Postes

Niveaux d'indemnisation

JUSQU'AU 31/12/2020

Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale

Aides auditives	225 % de la BR
Piles, et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % de la BR

À COMPTER DU 01/01/2021

Équipements 100 % Santé ⁽²⁾

Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽³⁾	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV
--	--

Équipements libres ⁽⁴⁾

Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽³⁾	225 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽³⁾	121 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % de la BR

(1) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14/11/2018.

(2) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(3) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(4) Équipement de Classe II tels que définis réglementairement.

Dentaire

Postes

Niveaux d'indemnisation

Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾

Inlay core et autres appareillages prothétiques dentaires	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF
---	---

Prothèses

Panier maîtrisé ⁽²⁾	
– Inlay, onlay	200 % de la BR dans la limite des HLF
– Inlay core	200 % de la BR dans la limite des HLF
– Autres appareillages prothétiques dentaires	200 % de la BR dans la limite des HLF
Panier libre ⁽³⁾	
– Inlay simple, onlay	200 % de la BR
– Inlay core	200 % de la BR
– Autres appareillages prothétiques dentaires	200 % de la BR

Soins

Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	130 % de la BR
--	----------------

Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale

Orthodontie	200 % de la BR (par semestre de traitement)
-------------	---

Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale

Implants dentaires et piliers implantaires	250 € par an
Orthodontie (bénéficiaires de moins de 25 ans)	150 % de la BR reconstituée (par semestre de traitement), limité à 4 semestres de traitement
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	Crédit de 100 € par an

(1) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier 100% Santé, tels que définis réglementairement.

(2) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(3) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

Optique

Postes	Niveaux d'indemnisation
--------	-------------------------

Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾

Monture de Classe A quel que soit l'âge ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Verres de Classe A quel que soit l'âge ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV

Équipements libres ⁽³⁾

Monture de Classe B quel que soit l'âge ⁽²⁾	80 €
Verres de Classe B quel que soit l'âge ⁽²⁾	Voir grille optique ci-après

Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou B

Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A ou B	100 % de la BR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % de la BR dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % de la BR

Autres dispositifs médicaux d'optique

Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Crédit de 5 % du PMSS par an ⁽⁴⁾
Chirurgie réfractive	Crédit de 250 € par œil par an

(1) Équipements de Classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de Classe A, pris en charge dans le cadre du 100% santé, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(2) Conditions de renouvellement

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique. Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(3) Équipements de Classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(4) À l'épuisement de ce crédit, les lentilles acceptées par la Sécurité sociale restent prises en charge à hauteur de 100 % de la BR.

Grille Optique

Les montants indiqués dans la grille optique s'entendent y compris la part Sécurité sociale.

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par verre	
			Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁾	60 €	60 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	110 €	110 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	60 €	60 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	60 €	60 €
		SPH > 0 et S > + 6	110 €	110 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	110 €	110 €
SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	110 €	110 €		
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	110 €	110 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	110 €	110 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	110 €	110 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	110 €	110 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	110 €	110 €
		SPH > 0 et S > + 8	110 €	110 €
SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	110 €	110 €		

(1) Le verre neutre est compris dans cette classe.

Autres frais

Postes

Niveaux d'indemnisation

Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale

Frais de traitement et honoraires

100 % de la BR

Frais de voyage et hébergement

150 € limité à une intervention par année civile

Forfait maternité

Naissance ou adoption d'un enfant déclaré

10 % du PMSS

Régime 3

Les prestations s'entendent **y compris** la part Sécurité sociale.

Les prestations exprimées sous forme de forfait ou de crédit s'entendent par bénéficiaire.

Les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné. Les niveaux d'indemnisation se font dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Abréviations :

BR = Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de remboursement.

CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux.

D.P.T.M. = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir :

– OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée.

– OPTAM CO = Option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.

FR = Frais réels engagés par le bénéficiaire.

HLF = Honoraires Limites de Facturation, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PLV = Prix Limites de Vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet :

<https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-referenc/plafond-securite-sociale>).

RSS = Remboursement Sécurité sociale = Montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.

TM = Ticket Modérateur, partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS)

€ = Euro.

Hospitalisation

Postes

Niveaux d'indemnisation

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité

Frais de séjour

– Pour le secteur conventionné

300 % de la BR

– Pour le secteur non conventionné

100 % de la BR

Forfait hospitalier ⁽¹⁾

100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur

Honoraires

– Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires

• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.

300 % de la BR

• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.

200 % de la BR

• Pour le secteur non conventionné

100 % de la BR

Chambre particulière ⁽²⁾

– Pour le secteur conventionné

70 € par jour

(Par nuitée ou par journée en cas d'hospitalisation en ambulatoire)

Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de – 16 ans (par nuitée) ⁽³⁾

– Pour le secteur conventionné

50 € par jour

(1) Hors établissement médico-socials (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(2) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(3) Sur présentation de justificatif.

Transport

Postes	Niveaux d'indemnisation
Transport remboursé par la Sécurité sociale	150 % de la BR

Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation
--------	-------------------------

Honoraires médicaux

Remboursés par la Sécurité sociale	
– Généralistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	200 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	180 % de la BR
– Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	220 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	200 % de la BR
– Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	220 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	200 % de la BR
– Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	200 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	180 % de la BR
Non remboursés par la Sécurité sociale	
– Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes ⁽¹⁾	30 € par séance dans la limite de 2 séances par an

Honoraires paramédicaux

Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	170 % de la BR
---	----------------

Analyses et examens de laboratoire

Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	170 % de la BR
--	----------------

Médicaments

Remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR
------------------------------------	----------------

Pharmacie (hors médicaments)

Remboursée par la Sécurité sociale	100 % de la BR
------------------------------------	----------------

Matériel médical

Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	250 % de la BR
---	----------------

Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale

Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR
---	----------------

(1) Sur présentation de la facture originale établie par le professionnel.

Aides auditives

Postes

Niveaux d'indemnisation

JUSQU'AU 31/12/2020

Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale

Aides auditives	400 % de la BR
Piles, et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % de la BR

À COMPTER DU 01/01/2021

Équipements 100 % Santé ⁽²⁾

Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽³⁾	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV
--	--

Équipements libres ⁽⁴⁾

Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽³⁾	400 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽³⁾	121 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % de la BR

(1) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14/11/2018.

(2) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(3) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(4) Équipement de Classe II tels que définis réglementairement.

Dentaire

Postes

Niveaux d'indemnisation

Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾

Inlay core et autres appareillages prothétiques dentaires	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF
---	---

Prothèses

Panier maîtrisé ⁽²⁾	
– Inlay, onlay	450 % de la BR dans la limite des HLF
– Inlay core	400 % de la BR dans la limite des HLF
– Autres appareillages prothétiques dentaires	450 % de la BR dans la limite des HLF
Panier libre ⁽³⁾	
– Inlay simple, onlay	450 % de la BR
– Inlay core	400 % de la BR
– Autres appareillages prothétiques dentaires	450 % de la BR

Soins

Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	170 % de la BR
--	----------------

Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale

Orthodontie	300 % de la BR (par semestre de traitement)
-------------	---

Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale

Implants dentaires et piliers implantaires	Crédit de 600 € par an
Orthodontie (bénéficiaires de moins de 25 ans)	300 % de la BR reconstituée (par semestre de traitement) limité à 4 semestres de traitement
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	Crédit de 300 € par an

(1) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier 100% Santé, tels que définis réglementairement.

(2) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(3) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

Optique

Postes	Niveaux d'indemnisation
--------	-------------------------

Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾

Monture de Classe A quel que soit l'âge ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Verres de Classe A quel que soit l'âge ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV

Équipements libres ⁽³⁾

Monture de Classe B quel que soit l'âge ⁽²⁾	100 € (RSS inclus)
Verres de Classe B quel que soit l'âge ⁽²⁾	Voir grille optique ci-après

Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou B

Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A ou B	100 % de la BR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % de la BR dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % de la BR

Autres dispositifs médicaux d'optique

Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Crédit de 10 % du PMSS par an ⁽⁴⁾
Chirurgie réfractive	Crédit de 600 € par an

(1) Équipements de Classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de Classe A, pris en charge dans le cadre du 100% santé, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(2) Conditions de renouvellement

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique. Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(3) Équipements de Classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(4) À l'épuisement de ce crédit, les lentilles acceptées par la Sécurité sociale restent prises en charge à hauteur de 100 % de la BR.

Grille Optique

Les montants indiqués dans la grille optique s'entendent y compris la part Sécurité sociale.

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par verre	
			Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁾	120 €	120 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	210 €	210 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	120 €	120 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	120 €	120 €
		SPH > 0 et S > + 6	210 €	210 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	210 €	210 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	210 €	210 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	210 €	210 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	210 €	210 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	210 €	210 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	210 €	210 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	210 €	210 €
		SPH > 0 et S > + 8	210 €	210 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	210 €	210 €

(1) Le verre neutre est compris dans cette classe.

Autres frais

Postes	Niveaux d'indemnisation
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	
Frais de traitement et honoraires	100 % de la BR
Frais de voyage et hébergement	300 € limité à une intervention par année civile
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré	20 % du PMSS

Objet des garanties

Accorder une prestation complémentaire aux régimes de base de la Sécurité sociale française en cas de frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Actes et frais garantis

Tous les actes et frais courant sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité sociale française au titre des législations **maladie, maternité, accident du travail et maladie professionnelle**, ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés au résumé des garanties.

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue à l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

Maternité – adoption

En cas de naissance d'un enfant du salarié (viable ou mort-né), il est versé une allocation égale au forfait en vigueur au jour de l'événement (voir au résumé des garanties). Cette allocation est également versée en cas d'adoption d'un enfant mineur.

Un seul forfait peut être octroyé par période de 300 jours à l'exception des naissances gémellaires ou de l'adoption. Les dates prises en compte pour le versement du forfait maternité et pour le calcul de la période de 300 jours sont les dates de naissance respectives de chaque enfant.

Bénéficiaires des garanties

Sous réserve du paiement des cotisations correspondantes, sont bénéficiaires des garanties :

- vous-même, assuré social, salarié de l'entreprise ;
- votre conjoint, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un Pacte civil de solidarité, sans activité professionnelle rémunérée et qui ne bénéficie pas d'un revenu de remplacement (exemple : pension d'invalidité ; pension de vieillesse ; indemnisation pôle emploi) ;
- vos enfants à charge au sens de législation fiscale, à savoir :
 - les enfants de moins de 26 ans à votre charge au sens de la législation fiscale, c'est-à-dire :
 - vos enfants, ceux de votre conjoint ou concubin, pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - vos enfants auxquels vous servez une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur votre avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global,
 - quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes à charge au sens de la législation fiscale (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ou bénéficiaires d'une pension alimentaire que vous êtes autorisé à déduire de votre revenu imposable,
- vos ascendants ou descendants, reconnus par l'administration fiscale à votre charge, de votre conjoint ou concubin.

À tout moment, il peut vous être demandé d'adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaire des personnes couvertes par votre adhésion (avis d'imposition par exemple).

Début des garanties

Pour vous-même, les garanties débutent :

- à la date d'effet du contrat d'adhésion si vous êtes présent à l'effectif ;
- à la date de votre embauche si celle-ci est postérieure à la date d'effet du contrat d'adhésion.

Pour vos bénéficiaires, les garanties débutent :

- à la date de prise d'effet de vos garanties, si leur affiliation est concomitante ;
- ou en cas de modification de la situation familiale, au 1^{er} jour du mois au cours duquel ils acquièrent la qualité d'ayant droit, sous réserve d'en faire la demande dans les deux mois suivant l'évènement.

Changement d'option

Vous pouvez changer d'option au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre de l'année précédente.

[Tout choix ou changement d'option concerne l'ensemble des personnes assurées.](#)

Cessation des garanties

Pour tout salarié et ses éventuels bénéficiaires, les garanties cessent :

- au dernier jour du mois au cours duquel prend fin votre contrat de travail ;
- à la date de résiliation du contrat d'adhésion.

Les garanties peuvent être suspendues en cas de non-paiement des cotisations.

Tout paiement versé indûment après la date de cessation des garanties devra être remboursé sans délai par vos soins.

Contrat collectif obligatoire

[Le contrat d'adhésion souscrit par votre employeur auprès de AG2R Prévoyance est un contrat collectif obligatoire ; en conséquence, aucun salarié ne peut résilier son affiliation aux garanties à titre individuel et de son propre fait.](#)

Pour les éventuels bénéficiaires, les garanties cessent également :

- à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions pour être bénéficiaires ;
- au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception de la demande de radiation de l'ensemble des ayants droit.

Cotisations

Les cotisations sont réparties entre l'employeur et le salarié selon les règles prévues par le régime. Elles sont versées par l'employeur à la fin de chaque trimestre.

Votre régime frais de santé facultatif

Le conjoint non à charge du salarié peut être couvert par une extension facultative.

Actes et frais garantis

Les garanties sont identiques à celles du régime complémentaire obligatoire définies au résumé des garanties figurant page 4.

Bénéficiaires des garanties

Sous réserve du paiement des cotisations correspondantes, sont bénéficiaires des garanties :

- votre conjoint, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un Pacte civil de solidarité, affilié au régime de base obligatoire de la Sécurité sociale, ayant une activité professionnelle rémunérée ou bénéficiant d'un revenu de remplacement (exemple : pension d'invalidité ; pension vieillesse, indemnisation pôle emploi).

À tout moment, il peut vous être demandé d'adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaire des personnes couvertes par votre adhésion (avis d'imposition par exemple).

Début des garanties

- à la date de prise d'effet de vos garanties, si leur affiliation est concomitante ;
- ou en cas de modification de la situation familiale, au 1^{er} jour du mois au cours duquel ils acquièrent la qualité d'ayant droit, sous réserve d'en faire la demande dans les deux mois suivant l'évènement ;
- ou au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve d'en faire la demande au plus tard le 30 novembre de l'année précédente.

Changement d'option

Les modalités de changement d'option sont identiques à celles du régime complémentaire obligatoire.

Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- en cas de cessation du salarié, ceci à la même date ;
- à la date à laquelle le conjoint ne répond plus à la qualité de bénéficiaire ;
- à la date de radiation du conjoint, à votre demande, selon la faculté de dénonciation.

Les garanties peuvent être suspendues en cas de non-paiement des cotisations.

Tout paiement versé indûment après la date de cessation des garanties devra être remboursé sans délai par vos soins.

[Le salarié peut renoncer à l'extension facultative des garanties à son conjoint non à charge dans les conditions prévues page 26. La renonciation est définitive.](#)

Cotisations

Les cotisations sont prélevées sur votre compte bancaire.

En cas de non-paiement dans le délai de 10 jours suivant la date de votre échéance, il vous est adressé une mise en demeure, par lettre recommandée avec accusé de réception, détaillant les conséquences du non-paiement. Si 40 jours plus tard, la cotisation n'est toujours pas payée, vous êtes informé de la cessation automatique de vos garanties. La radiation pour défaut de paiement est définitive.

Les éventuels frais d'impayés pourront vous être imputés.

Faculté de dénonciation

En cas de modification apportée à vos droits et obligations, vous avez la faculté de dénoncer l'affiliation facultative de votre conjoint dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice d'information établie à cet effet.

En tout état de cause, vous pouvez dénoncer l'affiliation facultative à chaque échéance annuelle du 31 décembre, par lettre recommandée avec avis de réception et en respectant un préavis de deux mois.

À titre dérogatoire, la dénonciation de l'affiliation du conjoint sera acceptée en dehors de l'échéance annuelle du 31 décembre, dans le cas où ce dernier se trouve dans l'obligation d'être affilié à un contrat « frais de santé » dans le cadre d'un régime obligatoire d'entreprise. Sous réserve de fournir une attestation de couverture obligatoire établie par l'assureur, la dénonciation prendra effet à la fin du mois civil au cours duquel la demande est reçue par l'organisme assureur.

Dispositions générales

Maintien des garanties

En cas de suspension du contrat de travail

Avec indemnisation

Les garanties sont maintenues, moyennant paiement des cotisations, au salarié dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle il bénéficie d'un maintien de salaire, partiel ou total, de l'employeur ou des indemnités journalières complémentaires ou d'une rente d'invalidité financée(s) au moins pour partie par l'employeur.

Ce maintien vaut également pour les ayants-droit couverts à titre obligatoire.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse à la date de résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise.

Sans indemnisation

En cas de suspension du contrat de travail non rémunéré d'une durée inférieure à un mois, l'affiliation au contrat et par conséquent les garanties sont maintenues au salarié, moyennant le paiement des cotisations.

En cas de suspension du contrat de travail non rémunéré d'une durée supérieure ou égale à un mois, les garanties sont suspendues. Le salarié peut demander à l'organisme assureur le maintien des garanties, moyennant le paiement des cotisations (part salariale et part patronale) à la charge exclusive du salarié.

Ce maintien vaut également pour les ayants-droit couverts à titre obligatoire.

Le bénéfice du maintien de garantie peut être ouvert à toute cause de suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération.

La cotisation est celle prévue pour le personnel en activité, et est payable mensuellement à terme échu par prélèvement bancaire effectué directement sur le compte du salarié.

Faculté de renonciation

Vous avez la faculté de renoncer à l'affiliation facultative, dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter de sa prise d'effet.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, adressée au siège social de l'organisme assureur, suivant le modèle suivant :

<p>Je soussigné(e)..... ayant le numéro de Sécurité sociale..... déclare vouloir renoncer à l'affiliation que j'ai demandée pendant la période de suspension de mon contrat de travail, ayant pris effet le et demande le remboursement de la cotisation déjà versée.</p>

Le remboursement intégral de la cotisation éventuellement versée sera effectué dans les trente jours suivant la réception du courrier. Toutefois, si des prestations ont été accordées, vous devrez les restituer préalablement et intégralement à l'organisme assureur.

[La renonciation est définitive.](#)

En cas de rupture ou fin de contrat de travail : la portabilité des droits

Les employeurs ont l'obligation de maintenir les garanties collectives à leurs anciens salariés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, bénéficiaient de ces garanties dans l'entreprise en application du dispositif de portabilité visé par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties sont donc maintenues, ainsi qu'à vos bénéficiaires, lorsque la cessation de votre contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde et qu'elle ouvre droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage.

Ce maintien des garanties s'effectue dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés bénéficiant du maintien de garanties sont modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Sous réserve d'avoir été déclaré par l'employeur, le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail du salarié et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail, ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties qui n'est pas prolongée d'autant.

Le maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité cesse :

- lorsque l'ancien salarié reprend un autre emploi, ou
- dès qu'il ne peut plus justifier de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage, ou
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, ou
- en cas de décès de l'ancien salarié, ou
- en cas de non renouvellement ou résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise.

Le maintien de garantie au titre du dispositif de portabilité est financé par les cotisations de l'entreprise et des salariés en activité (part patronale et part salariale).

Formalités de déclaration

L'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail de l'ancien salarié.

L'ancien salarié doit informer par courrier l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail en lui adressant, dans un délai d'un mois suivant la date de cessation du contrat de travail du salarié :

- la copie du (ou des) dernier(s) contrat(s) de travail justifiant la durée de la portabilité ;
- une attestation justifiant le statut de l'ancien salarié de demandeur d'emploi ;
- et les cartes de tiers payant en cours de validité.

À défaut de réception de ces pièces permettant de définir précisément les droits et durée au dispositif de portabilité, la durée du maintien des garanties sera fixée pour une durée temporaire à compter de la date de cessation du contrat de travail. Cette durée pourra être prolongée à la demande de l'ancien salarié et sous réserve que ce dernier fournisse à l'organisme assureur les pièces justificatives énumérées ci-dessus.

Si l'ancien salarié a bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il aurait pu prétendre, une éventuelle récupération des prestations reçues indûment sera mise en œuvre.

Dès qu'il en a connaissance, l'ancien salarié (ou ses ayants droit en cas de décès) s'engage à informer l'organisme assureur de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties.

Sont visées notamment les causes suivantes :

- la reprise d'un autre emploi ;
- l'impossibilité de justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage ;
- la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale ;
- le décès de l'ancien salarié.

Païement des prestations

L'ancien salarié devra produire à l'organisme assureur le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation-chômage.

En cas de rupture ou fin de contrat de travail : la loi Évin

Les garanties sont maintenues aux anciens salariés, ainsi qu'à leurs bénéficiaires, moyennant paiement des cotisations et sans limitation de durée, en cas de rupture du contrat de travail entraînant le versement d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, d'une allocation de préretraite, ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement.

Ce maintien est effectué sous réserve que la demande en soit faite dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail, ou le cas échéant, suivant la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits.

Cotisations

Les cotisations sont prélevées mensuellement et à terme échu sur le compte bancaire de l'assuré.
En cas de non-paiement des cotisations, les garanties pourront être suspendues puis résiliées.

Cessation du maintien des garanties

Le maintien est assuré jusqu'au dernier jour du mois :

- au cours duquel l'ancien salarié perçoit une rente, une allocation ou un revenu de remplacement, tels que définis ci-dessus ;
- au cours duquel l'ancien salarié est décédé, pour ses ayants droits.

Ayants droit du salarié décédé

En cas de décès du salarié, les garanties sont maintenues, sous réserve du paiement des cotisations correspondantes, aux ayants droit qui étaient déjà couverts avant la date du décès, pendant une période de 12 mois. Les cotisations sont notamment prélevées, trimestriellement à terme d'avance, sur votre compte bancaire. Ce maintien est effectué sous réserve que la demande en soit faite dans les 6 mois suivant la date du décès.

En cas de cessation des garanties collectives

Vous avez la possibilité, ainsi que vos bénéficiaires, d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à votre intention ; les conditions en vigueur de ces garanties individuelles peuvent vous être communiquées sur simple demande.

Cette possibilité est également offerte aux ayants droit du salarié décédé.

Sous réserve que la demande d'affiliation individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de 6 mois à compter de la date de rupture du contrat de travail ou de la cessation du maintien des garanties au titre de la portabilité, il ne sera pas fait application de période probatoire ni exigé de formalités médicales.

Définition des garanties – Risques exclus

Objet et définition des garanties

Les garanties frais de santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les bénéficiaires, en complément des remboursements de la Sécurité sociale française effectués au titre de l'assurance maladie, accident du travail/maladie professionnelle et de l'assurance maternité, sous réserve de l'application des risques exclus mentionnés ci-après.

Les garanties répondent aux conditions définies par décret en application de l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale.

Elles sont également conformes aux dispositions du contrat responsable. Elles respectent notamment les minima et les maxima de garanties prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Si le conjoint, le partenaire lié par un PACS ou le concubin est affilié à un régime de base de Sécurité sociale différent du régime général (régimes spéciaux ou régime agricole), les remboursements Sécurité sociale seront rétablis sur la base des taux du régime général de la Sécurité sociale s'ils sont supérieurs.

Par dérogation, certains frais inscrits à la nomenclature, mais non pris en charge par la Sécurité sociale et concernant en tout état de cause des spécialités ou actes à caractère thérapeutique, peuvent donner lieu cependant à un remboursement par l'organisme assureur dans les conditions fixées dans le tableau de garanties.

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Lorsque les professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire, la base de remboursement retenue pour le calcul de la prise en charge du dépassement d'honoraires pratiqué est celle du tarif d'autorité.

Pour ouvrir droit à prise en charge, les actes ou soins doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat et inscrits sur des registres nationaux.

Les prestations de la garantie souscrite sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Dès lors que le remboursement de l'organisme assureur est plafonné, la limite doit s'entendre par an et par bénéficiaire sauf dispositions spécifiques figurant au tableau des garanties.

Peuvent donner lieu à remboursement les frais suivants selon la formule effectivement retenue par l'entreprise sur le bulletin d'adhésion (ou conditions particulières) :

Soins courants en secteurs conventionnés et non conventionnés

- Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste, adhérent ou non à un DPTM,
- Soins d'auxiliaires médicaux,

- **Petite chirurgie et actes de spécialité réalisés par un médecin spécialiste adhérent ou non à un DPTM,**
- **Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie réalisés par un médecin adhérent ou non à un DPTM,**
- **Frais d'analyses et de laboratoire,**
- **Forfait pour acte lourd.**

Pharmacie :

- **Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale.**

Hospitalisation en secteurs conventionnés et non conventionnés (y compris maternité) :

- **Hospitalisation médicale et chirurgicale ou maternité : frais chirurgicaux proprement dits**
- **Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations chirurgicales ou médicales ou de maternité :**
 - Frais de séjour (frais de structure et de soins).
 - Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin adhérent ou non à un DPTM.
 - Frais de chambre particulière (dans le cadre d'une hospitalisation en psychiatrie et en maison de repos médicalisée : limités à 90 jours par année civile).
 - Forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 et pris en charge sans limitation de durée.
 - Forfait ambulatoire.
 - Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de moins de 16 ans bénéficiaire du contrat. Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».
 - Forfait pour acte lourd.
- **Hospitalisation à domicile (HAD) prise en charge par la Sécurité sociale.**

Transport

- **Frais de transport.**

Maternité et adoption :

- **Maternité : une allocation destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais à la naissance, est versée pour la naissance d'un enfant du salarié, déclaré à l'état civil.**
- **Adoption : l'allocation est également versée en cas d'adoption d'un enfant par le salarié.**

Seule la naissance d'un enfant du salarié (qu'il soit le père ou la mère) ouvre droit à prestation. De même en cas d'adoption, l'enfant doit être adopté par le salarié lui-même.

Frais dentaires :

- **Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention et actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale,**
- **Inlays, onlays, inlays core remboursés par la Sécurité sociale,**
- **Autres soins prothétiques et prothèses dentaires prises en charge ou non remboursées par la Sécurité sociale,**
- **Orthodontie remboursée ou non par la Sécurité sociale,**
- **Implants.**

Trois paniers de soins prothétiques et prothèses dentaires sont définis :

- Un panier « **100% santé** » remboursé aux frais réels après intervention du régime obligatoire de la Sécurité sociale, sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes,
- Un panier aux **tarifs maîtrisés / modérés**, remboursé après intervention du régime obligatoire de la Sécurité sociale, sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans le tableau de garanties,
- Un panier aux **tarifs libres**, permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués, remboursé après intervention du régime obligatoire de la Sécurité sociale dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.

Aides auditives :

A compter du 01.01.2021, deux classes d'équipement auditif sont définies :

- **L'équipement auditif de « classe I » dit « 100 % santé »** : Cet équipement est remboursé aux frais réels après intervention du régime obligatoire de la Sécurité sociale, sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100% santé.
- **L'équipement auditif de « classe II » dit « libre »** : Cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1 700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, **par période de 4 ans** suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

Optique :

- **Équipement optique pris en charge par la Sécurité sociale (deux verres et une monture)** : Deux classes d'équipement optique sont définies :
 - L'équipement optique de « classe A » : cet équipement est remboursé après intervention du régime obligatoire de la Sécurité sociale aux frais réels dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100% santé ».
 - L'équipement optique de « classe B » : cet équipement, est remboursé après intervention du régime obligatoire de la Sécurité sociale dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et du respect du panier de soins ANI et ce, dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

- **Lentilles cornéennes remboursées ou non par la Sécurité Sociale (y compris lentilles jetables),**
- **Chirurgie réfractive de la myopie.**

Prévention :

- **Les actes de prévention définis par la réglementation sont pris en charge par le contrat d'adhésion.**

Médecine douce :

Par dérogation au paragraphe « risques exclus » ci-après, peuvent être pris en charge, selon la formule souscrite, les actes effectués par les praticiens listés dans le tableau de garanties figurant la présente notice d'information. Les actes doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat, inscrit au registre préfectoral et exerçant en France.

Cure thermale :

Les frais de cure thermale (forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et traitements, honoraires, voyage et hébergement selon le cas) acceptés par la Sécurité sociale.

Soins engagés à l'étranger

L'organisme assureur garantit les dépenses de soins ou interventions engagées à l'étranger dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention de même nature avec le régime français.

Séjours temporaires à l'étranger, salariés détachés, résidents à l'étranger

L'organisme assureur intervient dès lors que les salariés bénéficient d'une prise en charge par la Sécurité Sociale française.

Dans tous les cas elle intervient en complément des tarifs théoriques de la Sécurité sociale française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues par le contrat d'adhésion.

Dans le cadre de la différenciation des prestations entre les honoraires déclarés « dans le cadre du DPTM » et « hors DPTM », les actes effectués à l'étranger seront remboursés à hauteur des niveaux de remboursement « hors DPTM ».

Le présent régime frais de santé ne couvre pas les salariés expatriés.

Justificatifs pour les soins engagés à l'étranger

L'organisme assureur peut prendre en charge les soins à l'étranger sous réserve de recevoir les factures détaillées et acquittées des soins, éventuellement traduites, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée et le remboursement auquel elle a donné lieu.

Risques exclus

Ne donnent pas lieu aux garanties définies ci-avant les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique.

Pendant la période de garanties, les exclusions et limitations de garanties ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues par l'article R 871 – 2 du code de la Sécurité sociale.

En aucun cas, l'organisme assureur ne prendra en charge les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale ou pratiqués par un professionnel de santé non autorisé à effectuer de tels dépassements.

Le fait que l'organisme assureur ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions

Contrat solidaire et responsable : exclusions

Le présent contrat d'adhésion respecte l'ensemble des conditions posées par les Pouvoirs Publics pour répondre aux définitions de « Contrat Solidaire » et de « Contrat Responsable ».

Le contrat respecte les conditions posées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et aux textes d'application de celui-ci.

A ce titre, sont exclues les prises en charge :

- des participations forfaitaires et franchises restant à la charge de l'assuré, prévues à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- de la majoration du ticket modérateur en cas de consultation ou visite de médecin effectuée en dehors du parcours de soins coordonnés c'est-à-dire sans prescription du médecin traitant (articles L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du Code de la santé publique) ;
- des dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques ou techniques de médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (paragraphe 18 de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale).

Le présent contrat satisfait aux dispositions de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Le respect des règles de prise en charge maximales définies à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale est appréciée eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité sociale, également au titre de tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et au titre du présent contrat.

Plafond des remboursements

La participation de l'organisme assureur ne peut, en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à votre charge après participation de la Sécurité sociale et, éventuellement, celle d'un autre organisme complémentaire.

Actes effectués en secteur non conventionné : si la prestation est calculée en fonction de la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale pour les actes conventionnés, le remboursement ne peut excéder celui qui aurait été versé si la dépense avait été engagée en secteur conventionné.

Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement de prestations par l'organisme assureur à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'elle a supportées, conformément aux dispositions légales.

Prescription

Toutes actions dérivant des présentes garanties sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme assureur 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.

Quand l'action de l'employeur, du salarié, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'employeur, le salarié, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par les articles 2240 et suivants du Code civil et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'organisme assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Réclamations - médiation

Toutes les demandes d'information ainsi que les réclamations relatives au contrat doivent être adressées à l'organisme assureur.

Pour Malakoff Humanis Prévoyance :

- par mail à reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com
- ou à l'adresse du Service réclamations entreprises – 78288 GUYANCOURT Cedex

Pour AG2R Prévoyance :

- au point d'entrée unique courrier pour la prévoyance / santé à AG2R LA MONDIALE TSA 37001 – 59071 ROUBAIX CEDEX
- ou par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) : 09 72 67 22 22.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Conciliateur de AG2R LA MONDIALE - 32 avenue Émile Zola - Mons en Baroeul - 59896 Lille Cedex 9.

En cas de désaccord persistant après épuisement des procédures internes de réclamations auprès de l'organisme assureur, les réclamations peuvent être présentées au Médiateur du CTIP :

- soit par courrier, à l'adresse suivante : **Médiateur du CTIP - 10 rue Cambacérès - 75008 Paris** ;
- soit en ligne, à l'adresse suivante : <https://ctip.asso.fr/saisine-mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

Litiges judiciaires

Tout litige issu de l'application du contrat entre l'entreprise et/ou le bénéficiaire et l'organisme assureur, est, de convention expresse entre les parties au contrat, porté à la connaissance des juridictions du ressort du siège social de l'organisme assureur.

Protection des données à caractère personnel

Comment et pourquoi sont utilisées vos données ?

Vos données à caractère personnel sont collectées et traitées par votre organisme d'assurance au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution de votre contrat, ainsi nous utilisons :

- des données relatives à votre âge, votre situation familiale ou professionnelle, à votre santé qui sont nécessaires à l'étude de vos besoins et de votre profil afin de vous proposer des produits et services adaptés, les données de santé ne sont collectées et traitées que pour les garanties santé et prévoyance ;
- vos coordonnées de contact et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés.

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre nos intérêts légitimes de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos clients au travers de :

- la réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance, santé, épargne retraite, et autres assurances, individuelles ou collectives ;
- la lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;

Elles sont enfin traitées pour satisfaire à nos obligations légales et réglementaires, notamment :

- la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.

Nous pouvons être amenés à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse des données, notamment afin de répondre à des obligations de conseil, de déterminer les garanties et prestations applicables et de proposer des contrats et produits adaptés.

Les données collectées au moyen d'un formulaire papier ou en ligne et signalées comme obligatoires sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat, nous ne serions pas en mesure de les mettre en œuvre si ces informations sont mal renseignées.

Dans le cadre de la gestion du contrat, nous sommes susceptibles de recevoir des données à caractère personnel en provenance du souscripteur (votre employeur ou votre association, par exemple) et des régimes obligatoires de Sécurité sociale.

Les données nécessaires à la gestion du contrat et des services associés sont conservées pendant la durée du contrat et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales.

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec les bénéficiaires, aux membres de l'organisme assureur ou à ses sous-traitants qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, aux réassureurs du contrat, et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

Quels sont vos droits et comment les exercer ?

Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, leur rectification ou leur effacement ou la limitation du traitement dans les cas prévus par la loi. Vous disposez de la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont vous entendez que soient exercés ces droits, après votre décès.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à :

- Pour Malakoff Humanis Prévoyance : Malakoff Humanis, Pôle informatique et libertés : 21 rue Laffitte – 75317 PARIS CEDEX 9, ou par courrier à dpo@malakoffmederic-humanis.com
- Pour AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France 92599 LEVALLOIS-PERRET CEDEX ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS.

Nous apportons la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins si vous considérez que le traitement des données vous concernant constitue une atteinte à vos droits, vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données personnelles :

<https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

Autorité de contrôle

L'organisme assureur est soumis à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sise 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

Modalités de gestion

Votre affiliation

Vous remplissez le bulletin d'affiliation qui a été mis à votre disposition et vous y joignez :

- la photocopie de votre attestation de droits de l'assurance maladie obligatoire et de celles de vos bénéficiaires assurés à titre personnel ;
- un relevé d'identité bancaire pour le virement direct des prestations sur votre compte.

Par ailleurs, il peut vous être demandé d'adresser, s'il y a lieu :

- en cas de concubinage et si votre concubin n'est pas votre ayant droit au sens de la législation sociale, un justificatif de la situation de concubinage : photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun, ...)
- pour les partenaires liés par un PACS, une attestation de moins de 3 mois établissant leur engagement dans les liens d'un PACS, délivrée par le Greffe du tribunal d'instance.

ATTENTION : afin de pouvoir être couverts par les garanties souscrites, tous les bénéficiaires doivent figurer sur le bulletin d'affiliation. N'omettez pas, ultérieurement, de signaler à l'organisme assureur tout changement de situation familiale.

Vos remboursements

Télétransmission

Grâce à un accord d'échange de données informatiques (système « NOEMIE »), l'assurance maladie obligatoire transmet directement à l'organisme assureur l'ensemble des informations concernant vos remboursements. Dans ce cas, aucun décompte de l'assurance maladie obligatoire n'est à adresser à l'organisme assureur.

Le décompte de l'assurance maladie obligatoire, et les éventuels justificatifs à joindre (voir ci-après « Demande de justificatifs ») ne doivent être adressés à l'organisme assureur que dans les cas suivants :

- si votre demande de remboursement complémentaire concerne des frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, mais ne faisant pas l'objet d'une télétransmission automatique ;
- si votre remboursement ne vous est pas parvenu normalement, ou sur demande expresse de l'organisme assureur.

Si un (ou plusieurs) de vos ayants droit, couvert(s) par la présente garantie, possède(nt) à titre personnel une autre garantie complémentaire auprès d'un autre organisme assureur (souscrite ou non par l'employeur) :

- en premier lieu, il doit demander le remboursement de ses frais de santé auprès de cet organisme ;
- puis s'il reste des frais à sa charge, il peut en demander le remboursement au titre de la présente garantie, dans la limite des montants maximums définis dans la présente notice.

Dans ce cas, la télétransmission automatique des données ne peut s'opérer, et il convient d'adresser à l'organisme assureur l'original du décompte de l'organisme assureur ayant remboursé la première partie des frais.

La télétransmission automatique des données peut également ne pas s'opérer si un (ou plusieurs) de vos ayants droit, couvert(s) par la présente garantie, est assuré par certains régimes de base spécifiques. Dans ce cas, il convient d'adresser à l'organisme assureur les décomptes originaux des règlements de frais de santé effectués par ces régimes de base.

Si vous avez engagé des dépenses pour frais d'optique, prothèses dentaires, appareillages ou autres prothèses, frais ayant entraîné des dépassements d'honoraires, vérifiez que le montant des frais réels indiqué sur votre décompte de l'assurance maladie obligatoire correspond aux frais effectivement engagés. En cas de différence, faites parvenir à l'organisme assureur la facture originale justifiant de la dépense réelle et le décompte de l'assurance maladie obligatoire.

Païement des prestations

Les prestations complémentaires sont réglées par virement sur votre compte bancaire, et le cas échéant, sur le compte bancaire du bénéficiaire dont vous aurez transmis les coordonnées bancaires à l'organisme assureur.

L'organisme assureur doit vous adresser un décompte détaillé des prestations complémentaires versées. Vous pouvez également connaître la nature et le montant des prestations versées sur votre compte en vous connectant à votre ESPACE CLIENT sur www.ag2rlamondiale.fr/

Liste des justificatifs nécessaires

Pour les frais de santé mentionnés ci-après, vous devez adresser à l'organisme assureur les justificatifs correspondants, nécessaires à l'organisme assureur pour le traitement des remboursements (dans la limite des frais réellement engagés, et sous réserve que ces frais soient mentionnés au tableau des garanties de la présente notice).

Hospitalisation médicale et chirurgicale

- Frais de séjour, forfait hospitalier, chambre particulière :
 - clinique : bordereau de facturation acquitté mentionnant la Discipline Médico Tarifaire (code DMT ou DCS),
 - hôpital : avis des sommes à payer mentionnant le mode de traitement (code MT) + attestation de paiement.
- Dépassements d'honoraires : bordereau de facturation acquitté précisant la base de remboursement et le montant du dépassement (joindre devis si établi précédemment).

Dentaire

- Prothèses dentaires remboursées et non remboursées : décompte de l'assurance maladie obligatoire (si prothèse remboursée et pas de télétransmission) et facture détaillant :
 - le numéro de chaque dent traitée ou remplacée,
 - la nature détaillée des actes (code acte CCAM),
 - les honoraires détaillés correspondant à chaque acte, en précisant le caractère remboursable par le régime obligatoire.
- Orthodontie non remboursée : facture acquittée précisant les dates de début et de fin de période (trimestre, semestre, contention).
- Implantologie : facture détaillée précisant :
 - le numéro de chaque dent traitée ou remplacée ;
 - la nature détaillée des actes (code acte CCAM) ;
 - les honoraires détaillés correspondant à chaque acte, en précisant le caractère remboursable par le régime obligatoire.

Optique

- Lunettes et lentilles remboursées : facture acquittée et décompte de l'assurance maladie obligatoire.
- Lentilles non remboursées : facture acquittée et décompte de l'assurance maladie obligatoire.
- Chirurgie réfractive non remboursée : facture acquittée.

Cures thermales

- Frais de traitement et honoraires : facture des soins acquittée.
- Forfait cure (frais de voyage et d'hébergement) : décompte de l'assurance maladie obligatoire sur lequel figure l'acte « Honoraires de surveillance thermale ».

Consultations non remboursées

- Consultations non remboursées : notamment ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur : facture acquittée, comportant le numéro ADELI pour les professions de santé dûment réglementées (acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur).
- Actes de prévention non remboursés : sevrage tabagique, dépistage du cancer du côlon, médicament contre l'ostéoporose, automédication : facture acquittée, et prescription médicale (pour le sevrage tabagique).
- Vaccins : facture acquittée, et copie de la prescription médicale (sauf vaccin contre la grippe).
- Moyens contraceptifs prescrits : facture acquittée.
- Appareils assistant d'écoute : facture acquittée.

Autres frais

Si votre garantie prévoit la prise en charge des frais suivants, adressez à l'organisme assureur les justificatifs correspondants :

- en cas de garantie maternité, un extrait d'acte de naissance avec mentions en marge relatives à la filiation de l'enfant ou, en cas d'adoption, un extrait d'acte de naissance comportant la mention d'adoption ou, dans l'attente du jugement d'adoption, une attestation des services de l'enfance et de la famille du conseil général du département ;
- en cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin de procéder au recouvrement des sommes réglées par l'organisme assureur auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux, ...).

Si votre garantie prévoit la prise en charge de frais médicaux non mentionnés dans la présente liste, adressez à l'organisme assureur la facture acquittée, et le cas échéant, la prescription médicale.

Dans tous les cas nécessitant l'envoi de justificatifs, afin de faciliter le traitement de votre dossier, précisez systématiquement le numéro d'assuré social du bénéficiaire des soins.

Les devis et factures adressés à l'organisme assureur font l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. L'organisme assureur peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale ou demander tout élément complémentaire à l'étude. Dans ce cas, les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'organisme assureur.

Les données personnelles collectées au titre de la gestion de votre contrat peuvent être utilisées pour des traitements de lutte contre la fraude afin de prévenir, de détecter ou de gérer les opérations, actes ou omissions à risque, et pouvant conduire à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude.

À tout moment, l'organisme assureur peut vous demander de produire des justificatifs supplémentaires pour le traitement de vos demandes de remboursements de frais.

Tiers payant : les frais pris en charge dans le cadre du tiers payant et pour lesquels vous n'effectuez aucune avance de frais ne nécessitent pas de pièces justificatives, sauf la présentation de votre carte de tiers payant.

Tiers payant

Chaque assuré complète un bulletin d'affiliation. Il lui est remis une carte de tiers payant permettant une dispense d'avance de frais dans les conditions mentionnées par ladite carte en conformité avec les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Cette carte mentionne explicitement les garanties couvertes en tiers payant par le régime.

Pour bénéficier du tiers payant, vous présentez :

- l'attestation de droits de l'assurance maladie obligatoire ;
- la carte de tiers payant ;
- la prescription médicale s'il y a lieu.

La carte de tiers payant reste la propriété de l'organisme assureur. En cas de départ de l'entreprise (démission, licenciement, retraite...) ou de résiliation du contrat, vous devez restituer la carte de tiers payant en cours de validité dans un délai de 15 jours suivant votre départ ou suivant la démission du régime de la part de l'entreprise ou la résiliation du contrat.

Carte de tiers payant

Pour savoir si le professionnel de santé pratique le tiers payant, n'hésitez pas à l'interroger en lui présentant votre carte de tiers payant ; votre carte vous évite l'avance de frais. Dans le cas contraire, vous devez régler directement la part complémentaire au pharmacien, qui doit vous remettre une facture acquittée.

Accords de prise en charge

En cas d'hospitalisation

Si vous devez être hospitalisé en établissement conventionné (uniquement), l'organisme assureur vous délivrera un accord de prise en charge garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux engagés, y compris la chambre particulière et le forfait hospitalier, sur la base des garanties souscrites. Les frais personnels (téléphone, télévision) ne sont pas pris en charge, sauf mention contraire expressément prévue dans votre tableau de garanties (sur production de justificatif).

Pour cela, présentez votre carte de tiers payant à l'établissement hospitalier conventionné pour que celui-ci effectue cette démarche pour vous.

Vous pouvez également demander la prise en charge directement à l'organisme assureur :

- sur PLACE : en présentant votre carte de tiers payant pour que l'établissement hospitalier conventionné effectue cette démarche pour vous ;
- ou par TÉLÉPHONE au : 0 969 32 2000 (appel non surtaxé).

En matière d'optique

Votre opticien envoie un devis détaillé à l'organisme assureur. En retour, il reçoit une prise en charge mentionnant le montant de l'intervention de l'organisme assureur.

Pour savoir si votre opticien fait partie d'un réseau partenaire, mentionné dans votre tableau de garanties et/ou sur votre carte de tiers payant, contactez l'organisme assureur :

- en vous connectant à votre ESPACE CLIENT sur www.ag2ramondiale.fr/
- avec l'application mobile MA SANTÉ téléchargeable sur : www.ag2ramondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/decouvrir-l-application-mobile-ma-sante
- en téléphonant au : 0 969 32 2000 (appel non surtaxé).

Vous pouvez également reconnaître les opticiens partenaires à une signalétique figurant sur leurs vitrines.

En cas de pose d'une prothèse dentaire

Afin de mieux connaître le montant des frais laissés à votre charge, il est préférable de faire établir un devis par votre chirurgien-dentiste. Ce dernier l'envoie à l'organisme assureur. En retour, il vous est notifié le montant de l'intervention complémentaire sur chaque acte dentaire.

Quelques informations utiles

Secteur conventionné / non conventionné

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire varient selon que le prestataire des soins a passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.

Professionnels de santé

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession. Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels. On parle alors de base de remboursement. La base de remboursement est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à la respecter.

Les honoraires des professionnels de santé conventionnés sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire sur la base de remboursement.

Toutefois, les médecins conventionnés de « secteur 2 » sont autorisés à facturer avec « tact et mesure » des dépassements d'honoraires sur les bases de remboursement. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs de prothèses dentaires. De manière générale, les professionnels de santé ne doivent pas facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire.

Les professionnels de santé « non conventionnés » fixent eux-mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité » très inférieur à la base de remboursement.

Établissements de santé

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre d'une hospitalisation varient selon que l'établissement est conventionné ou non. Dans un établissement de santé privé non conventionné, les frais à la charge du patient sont plus importants.

Médecin traitant et correspondant

Le médecin traitant détermine le parcours de soins afin de permettre une coordination plus efficace entre les différents acteurs. À sa demande, vous pouvez consulter un médecin correspondant (généralement spécialiste mais il peut être généraliste), soit pour un avis ponctuel d'expert, soit pour des soins réguliers. Celui-ci tient informé votre médecin traitant de son diagnostic.

Parcours de soins coordonnés

Il s'agit d'un circuit que vous devez suivre afin de permettre un meilleur échange d'information et une coordination plus efficace entre vous-même, votre médecin traitant et, le cas échéant, les autres praticiens. Les médecins en accès direct (ophtalmologistes et gynécologues pour certains actes, et les psychiatres pour les 16 25 ans) sont également encouragés à faire un retour d'information au médecin traitant. Pour les consulter directement, il faut cependant avoir déclaré son médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire au préalable.

Médecins non conventionnés

Ces praticiens n'adhèrent pas à la convention nationale et ne sont soumis à aucune contrainte tarifaire. Le remboursement des honoraires effectué par l'assurance maladie obligatoire est basé sur le tarif d'autorité.

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (D.P.T.M.)

Option pratique maîtrisée (OPTAM) / Option pratique maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO)

La Sécurité sociale a proposé aux professions médicales pratiquant les dépassements d'honoraires une nouvelle convention leur permettant de facturer librement dans le cadre d'une enveloppe de dépassements annualisée. À ce titre, les honoraires d'un médecin OPTAM / OPTAM-CO sont mieux remboursés (base de remboursement Sécurité sociale supérieure et meilleur remboursement de la complémentaire).

Rendez-vous sur « annuaire.sante.ameli.fr » pour trouver les médecins ayant adhéré à l'OPTAM / OPTAM-CO.

Participation forfaitaire / franchise

Participation forfaitaire d'un euro

Cette participation forfaitaire d'un euro est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie (sauf cas d'exonération définis par l'assurance maladie obligatoire).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

La participation forfaitaire d'un euro n'est pas remboursée par votre complémentaire santé.

Forfait sur les actes dits « lourds »

Il s'agit d'un ticket modérateur forfaitaire ou fixe, à la charge de l'assuré sur certains actes, en remplacement du ticket modérateur habituel. Cette participation forfaitaire s'applique aux actes pratiqués en ville ou en établissement de santé d'un coût "élevé", notamment ceux dont le tarif (ou base de remboursement de la Sécurité sociale) est égal ou supérieur à 120 €.

Ce forfait, dont le montant est de 24 €, est systématiquement pris en charge par l'organisme assureur complémentaire.

Franchise

C'est une somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (sauf cas d'exonération définis par l'assurance maladie obligatoire). Son montant est de :

- 0,50 € par boîte de médicaments ;
- 0,50 € par acte paramédical ;
- 2 € par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés.

Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires :

- pas plus de 2 € par jour sur les actes paramédicaux ;
- pas plus de 4 € par jour pour les transports sanitaires.

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé.

Qu'est-ce que le 100% santé ?

Avec le plan « 100% santé » (ou reste à charge zéro), les pouvoirs publics entendent renforcer l'accès de tous les Français à des soins dentaires, optiques et auditifs de qualité, pris en charge à 100%.

Pourquoi une telle mesure ?

Lunettes de vue, prothèses dentaires, aides auditives... Ces dispositifs médicaux sont souvent onéreux et les frais assumés par l'assuré (le reste à charge) particulièrement élevés.

En effet, dans les secteurs de l'optique, du dentaire et l'audiologie, les prix sont librement fixés par les professionnels de santé et déconnectés des bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Conséquence : le niveau de dépenses est tel qu'il dissuade aujourd'hui certains de nos concitoyens à s'équiper ou se soigner correctement.

En garantissant une prise en charge intégrale de certaines prestations dans ces trois spécialités, le « 100% santé » a donc pour objectif de prévenir le renoncement aux soins pour raisons financières.

En quoi consiste cette réforme ?

Cette mesure donne accès à des « paniers » de soins dentaires, optiques et auditifs de qualité, intégralement pris en charge par l'Assurance maladie et les complémentaires santé (ou mutuelles).

Pour cela, les bases de remboursement de la Sécurité sociale évoluent progressivement et des prix limites de vente (PLV) ou des honoraires limites de facturation (HLF) sont mis en place, que les professionnels de santé concernés ont l'obligation de respecter.

Qui peut en bénéficier ?

Dès lors que vous avez souscrit un contrat de complémentaire santé responsable* (c'est le cas de la quasi-totalité des complémentaires santé d'entreprise), vous pouvez bénéficier des offres de soins « 100% santé ».

Celles-ci sont incluses dans les obligations de votre complémentaire et doivent vous être systématiquement proposées par votre opticien, votre audioprothésiste ou votre dentiste, quels qu'ils soient, partout en France.

Votre liberté de choix est néanmoins préservée puisque vous conservez à tout moment la possibilité de choisir d'autres équipements, dont le tarif est libre.

* Les contrats dits responsables répondent à un certain nombre d'obligations fixées par réglementairement ; en contrepartie, ils se voient appliquer certains avantages fiscaux et sociaux.

Ce qui change en optique

- Votre opticien doit vous proposer une gamme constituée d'au moins 17 montures adultes et 10 montures enfants en 2 coloris différents, à moins de 30 €.
- Les verres corrigent l'ensemble des troubles visuels et comportent des traitements obligatoires (amincissement, anti-rayures et anti-reflet).
- Vous avez la possibilité de « panacher » l'offre (c'est-à-dire opter pour des verres sans reste à charge et une monture à tarif libre ou inversement).

Ce qui change en dentaire

Près de la moitié (46 %) des actes prothétiques sont intégralement remboursés.

Vous pouvez bénéficier d'un large choix de prothèses fixes ou mobiles, avec des matériaux dont la qualité esthétique sera adaptée à la localisation de la dent (visible ou non visible).

Ce qui change en audiologie

Les équipements proposés dans ce panier sont de qualité, en termes d'esthétique (dispositifs intra-auriculaires...) mais aussi de performance technique (12 canaux de réglage, amplification sonore d'au moins 30 décibels, système anti-acouphène, réducteur de bruit du vent, etc.)

La base de remboursement des aides auditives par l'assurance maladie obligatoire sera revalorisée (jusqu'à 400 €/oreille) au 1^{er} janvier 2021.

Quand peut-on bénéficier du 100% santé ?

La réforme se déploie par étape, suivant un calendrier différent selon les secteurs. Elle sera en vigueur :

- au 1^{er} janvier 2020 en optique et en dentaire
- au 1^{er} janvier 2021 pour les aides auditives

Dès 2019, les restes à charge des assurés diminuent progressivement, jusqu'au remboursement total à compter du 1^{er} janvier 2021.

Malakoff Humanis Prévoyance - Institution de Prévoyance régie par le livre IX du Code de la Sécurité sociale - siège : 21 rue Laffitte, 75009 PARIS – N° SIREN 775 691 181 .

AG2R Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R – 14-16 boulevard Malesherbes - 75008 PARIS – Siren 333 232 270.